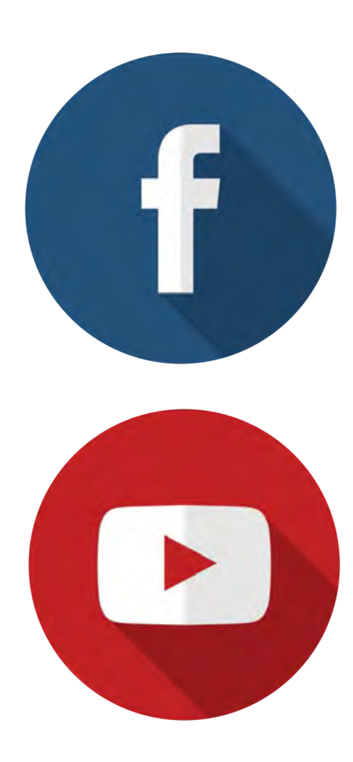
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful





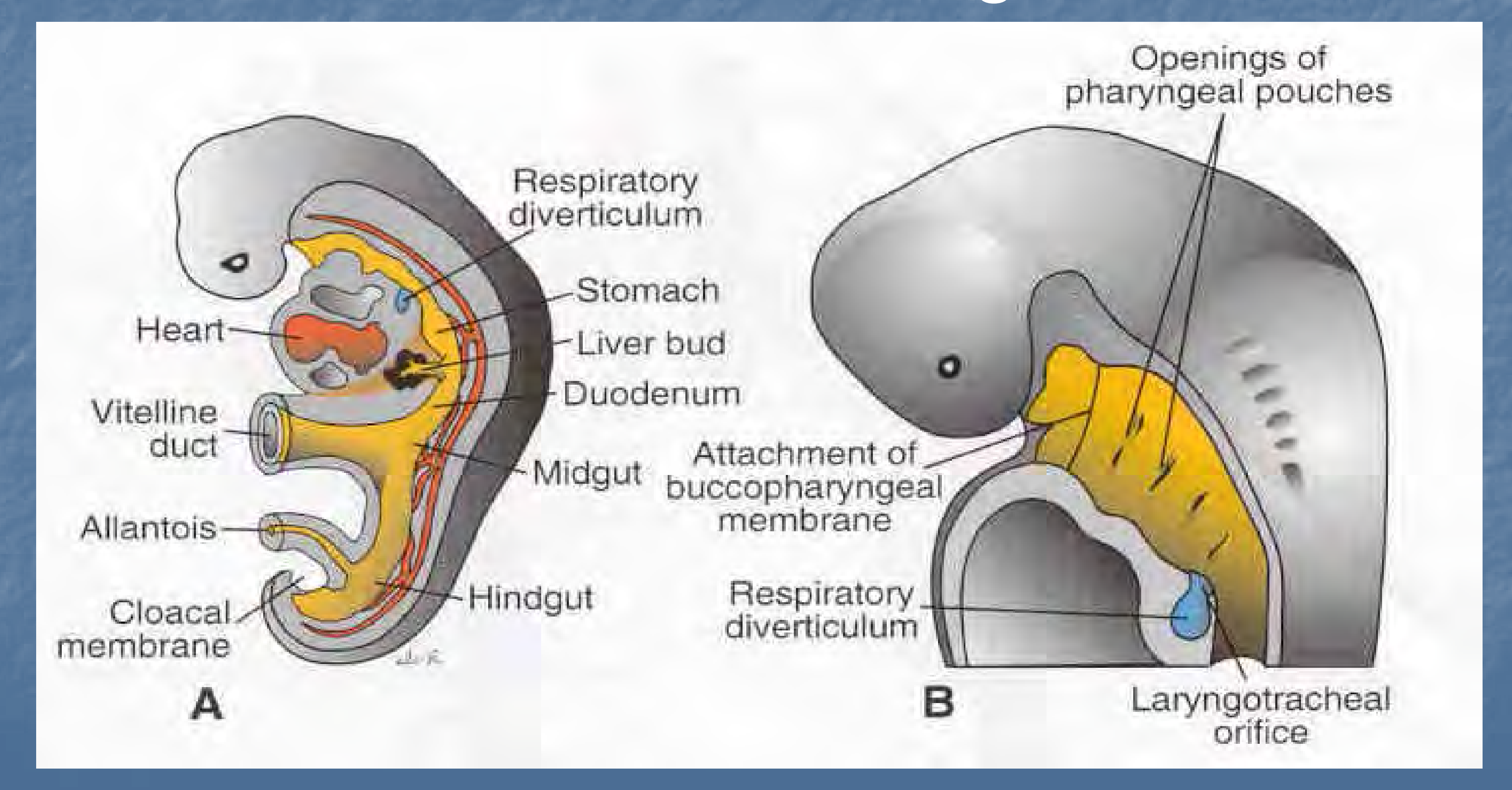


Tumeurs de l’oesophage

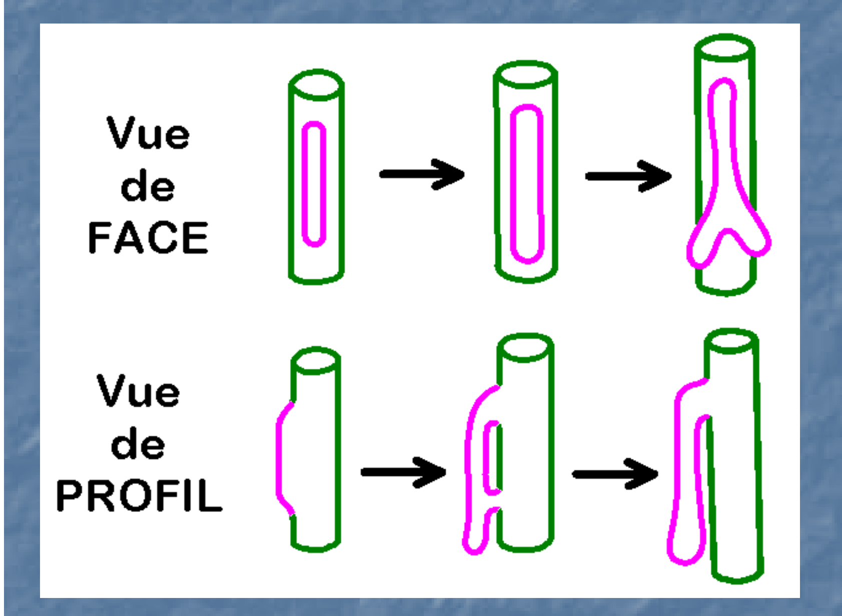
- Anatomie de l’œsophage

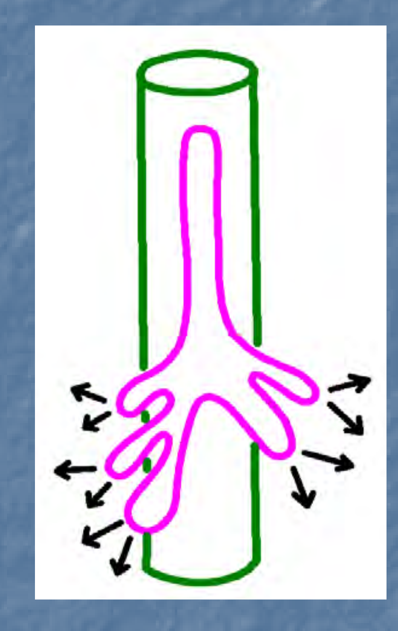
Embryologie

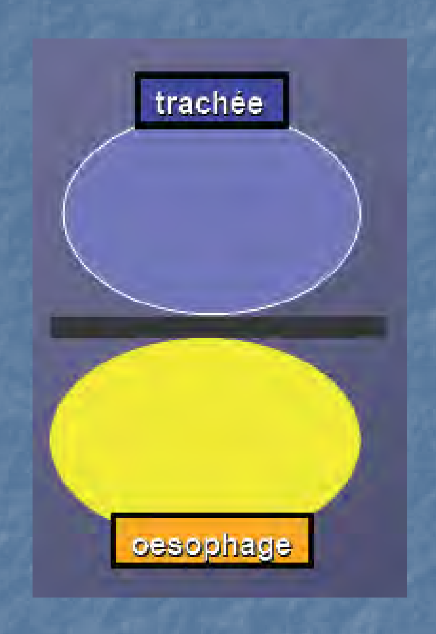
4-5ème semaines de gestation



Embryologie



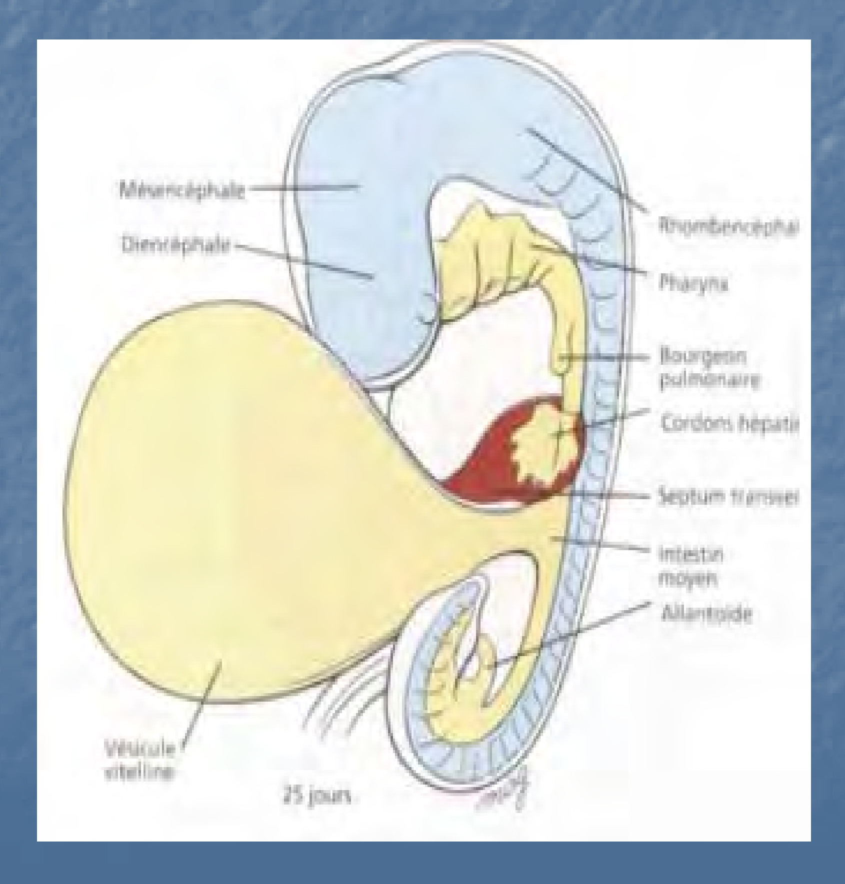


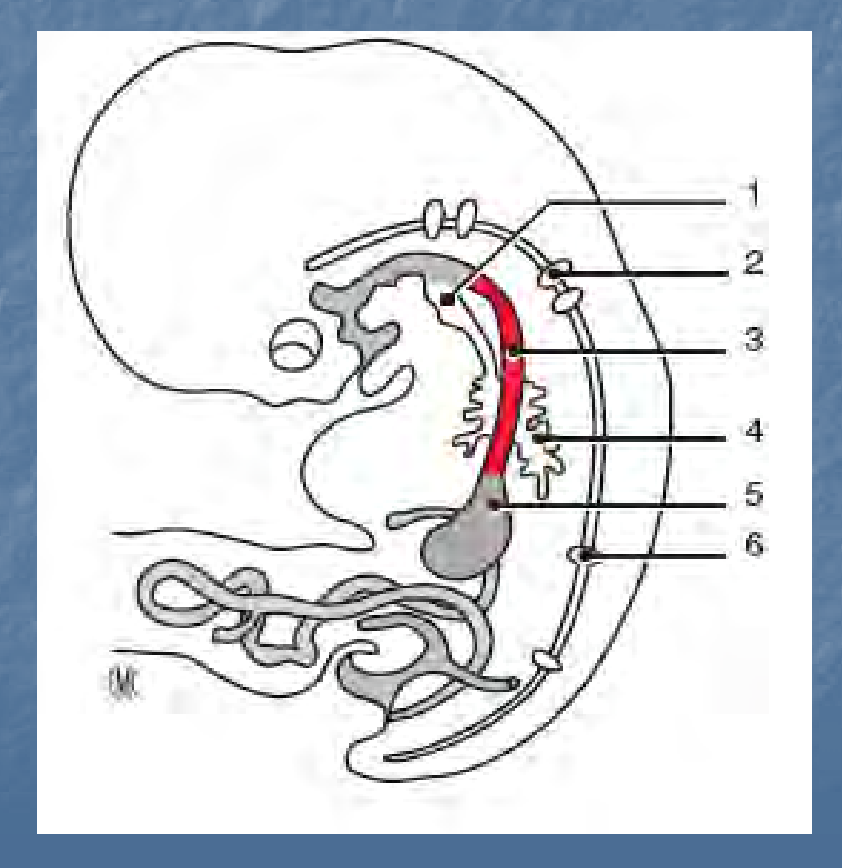


Développement indissociable de celui de la trachée et des bronches

Embryologie

4-5ème semaines de gestation





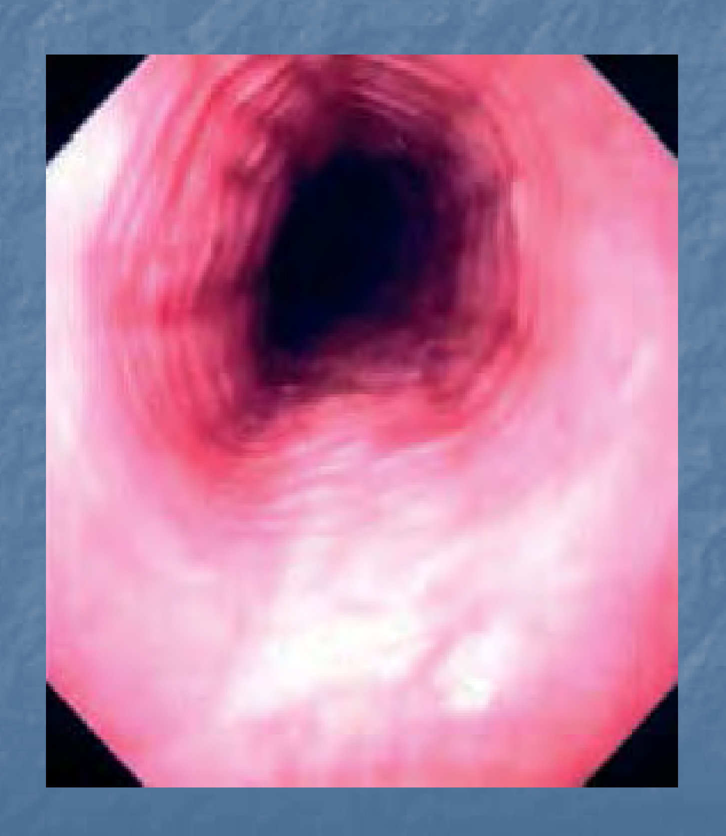
Anatomie descriptive de l'oesophage

Endoscopie distance / arcade dent.	Longueur en cm	Niveau vertébral	Situation		
15 cm		C 6			
	5 à 6 cm		Cervical	Cervical	Cervical
21 cm		TH 2			
		TH 4		Supra-aortique	1/3 sup. = supra-azygo-aortique
25 cm		TH 5		Rétro-aortique	1/3 moy. = inter-azygo-aortique
				Hilaire	
	16 cm		Thoracique	Terminal	1/3 inf. = infra-azygo-aortique
37 cm		TH 10			
	3 cm		Abdominal	Cardia	Diaphragmatique abdominal
40 cm		TH 11		Jonction œsogastrique	

Total : 25 cm

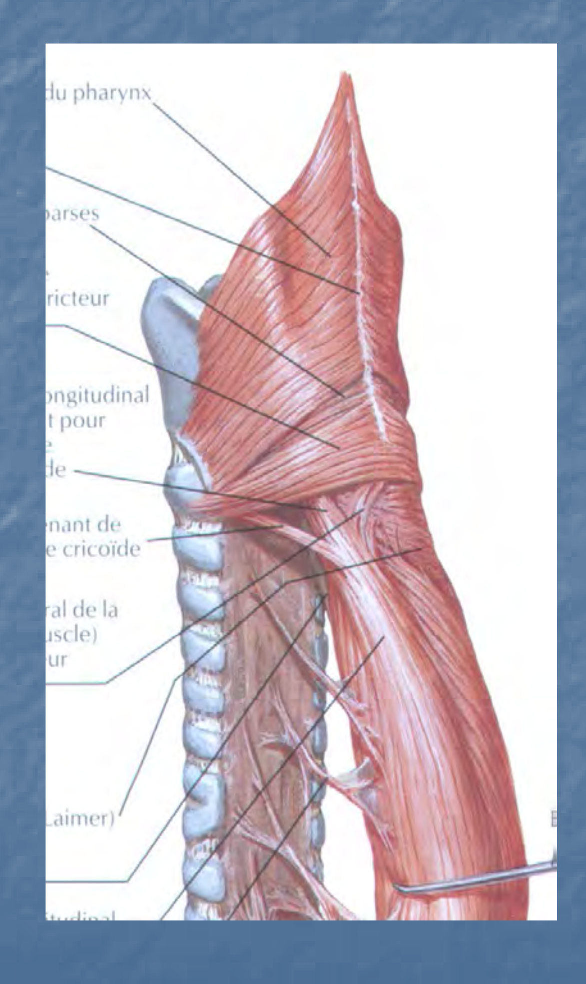


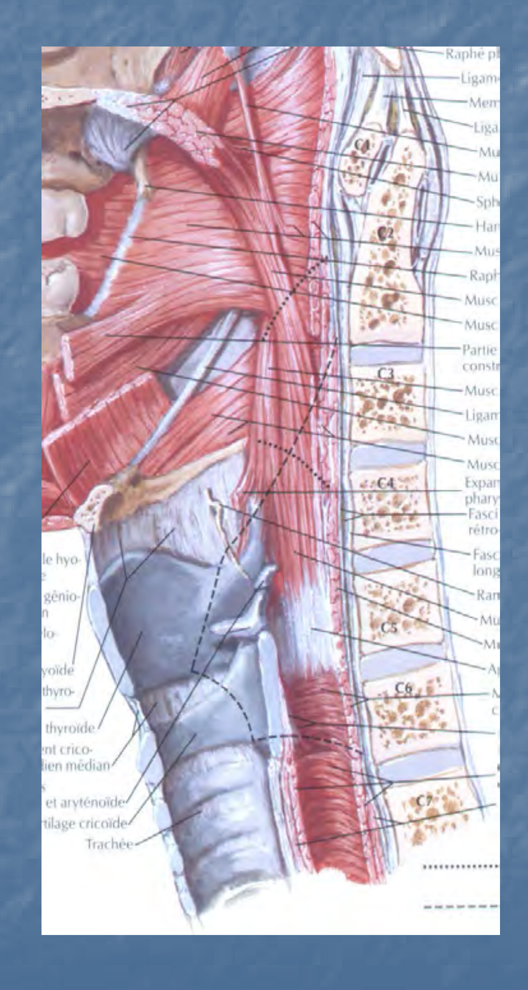
Structure de la paroi oesophagienne

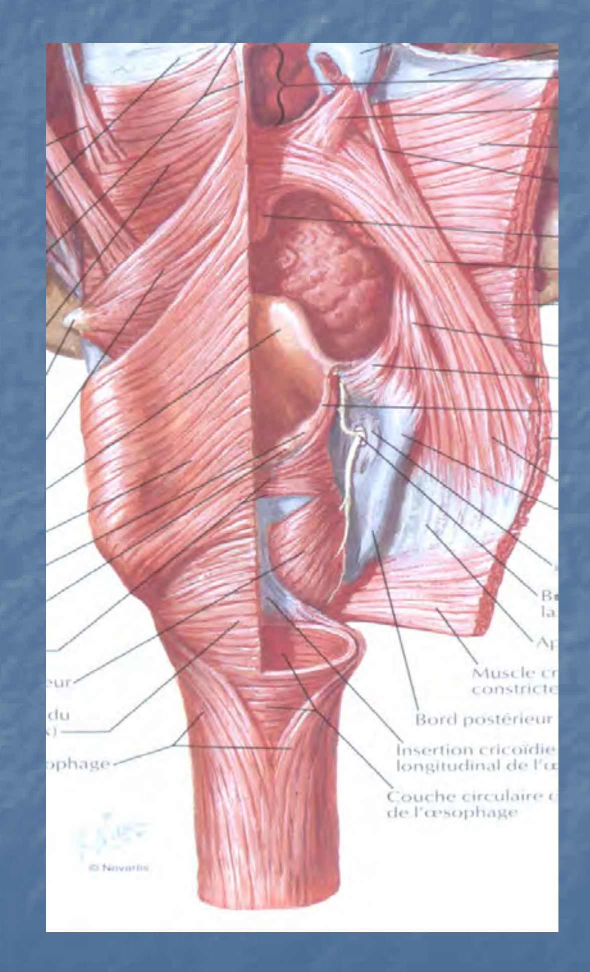




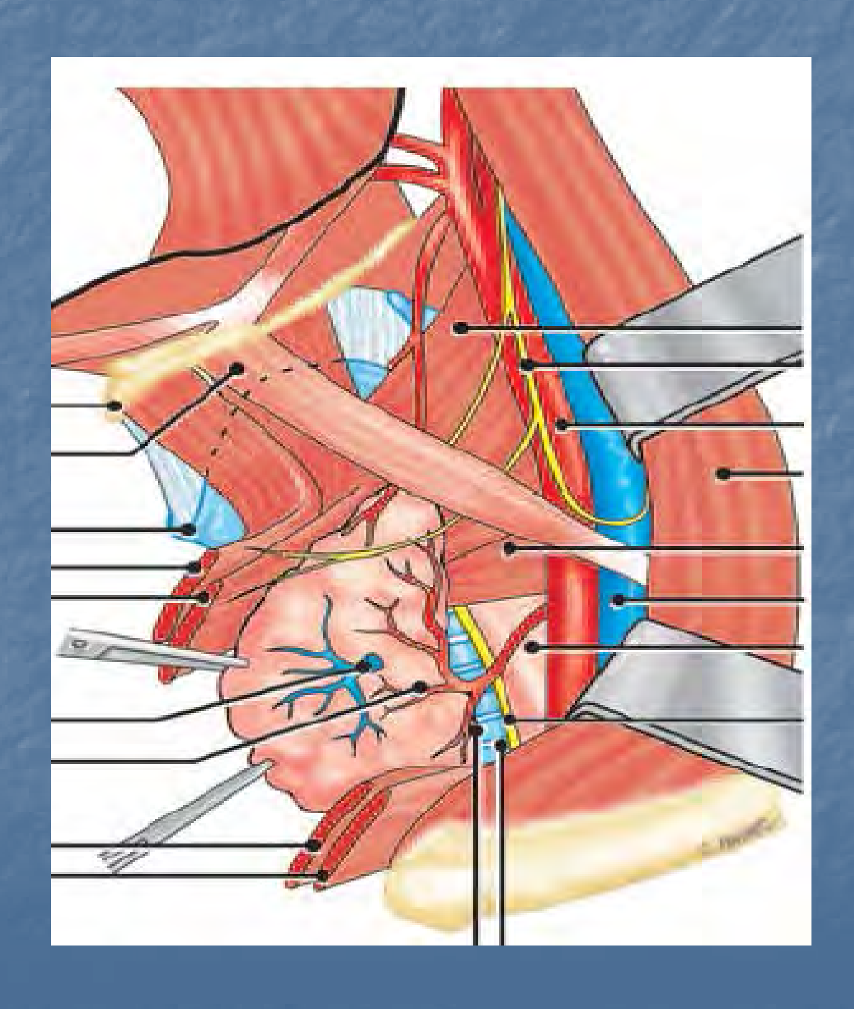
Œsophage cervical

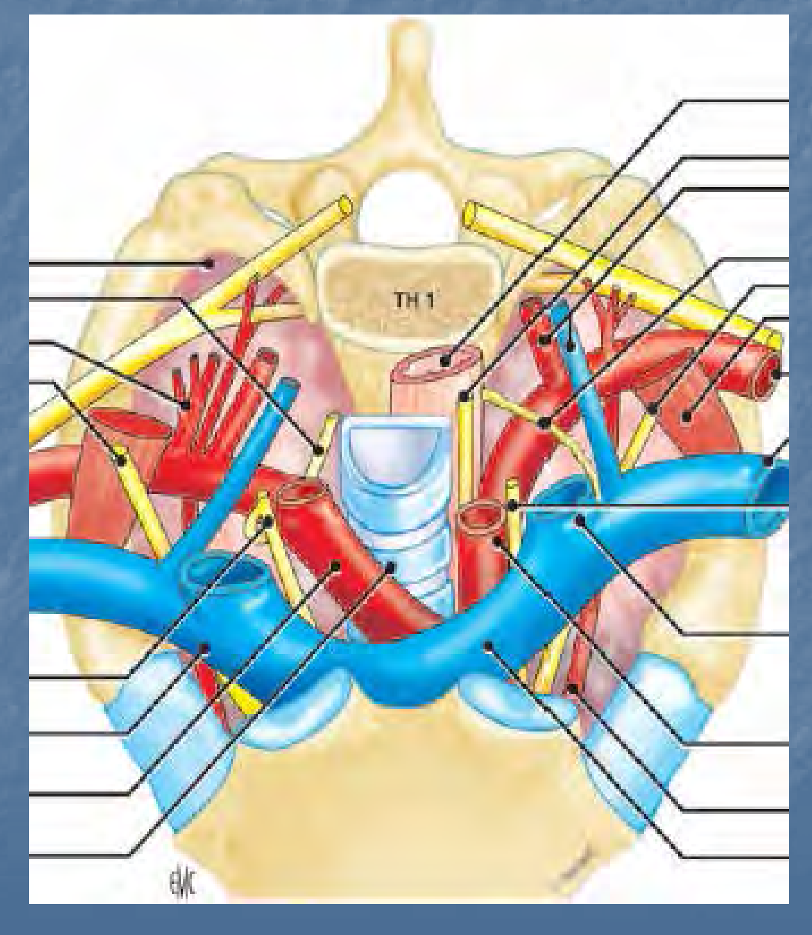




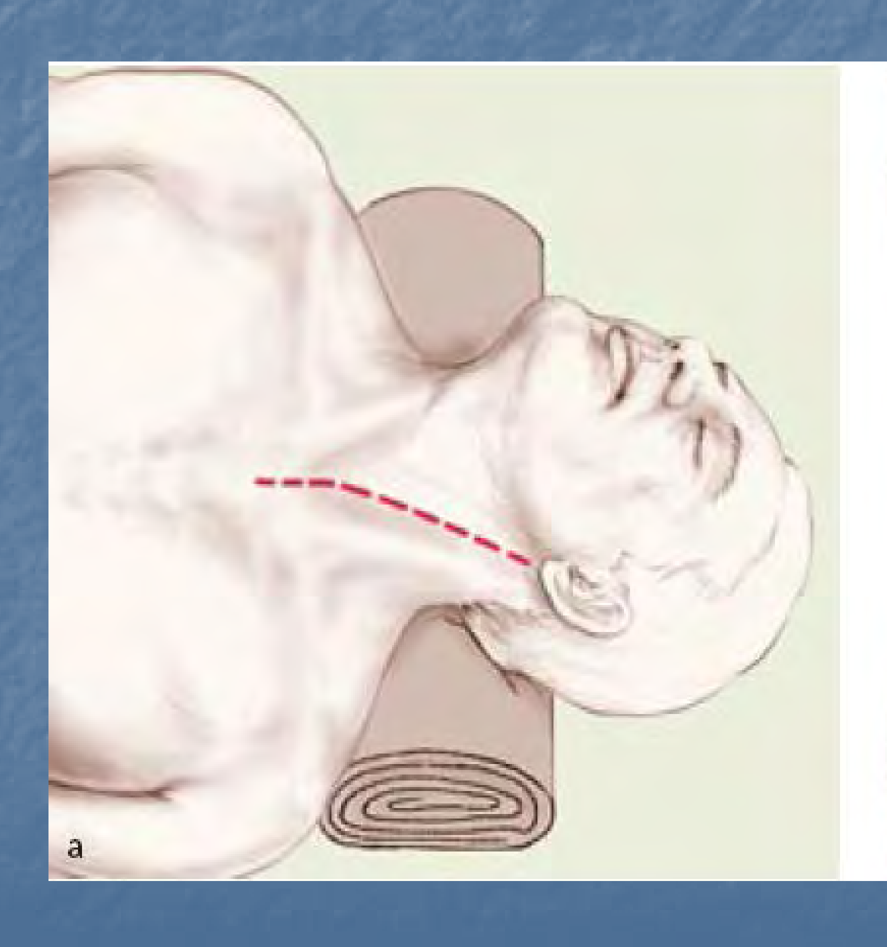


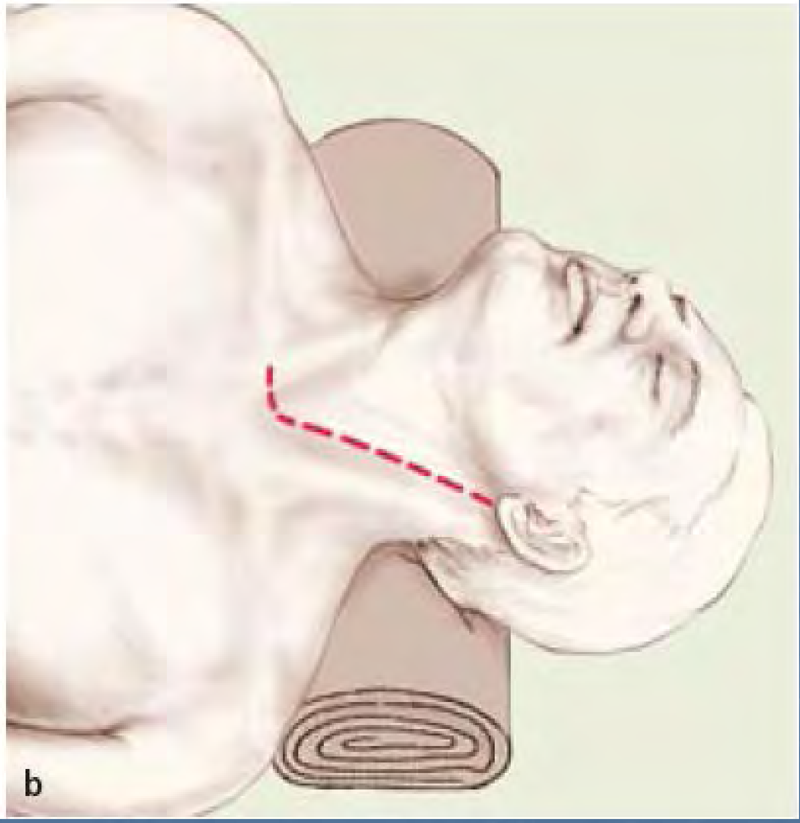
Œsophage cervical



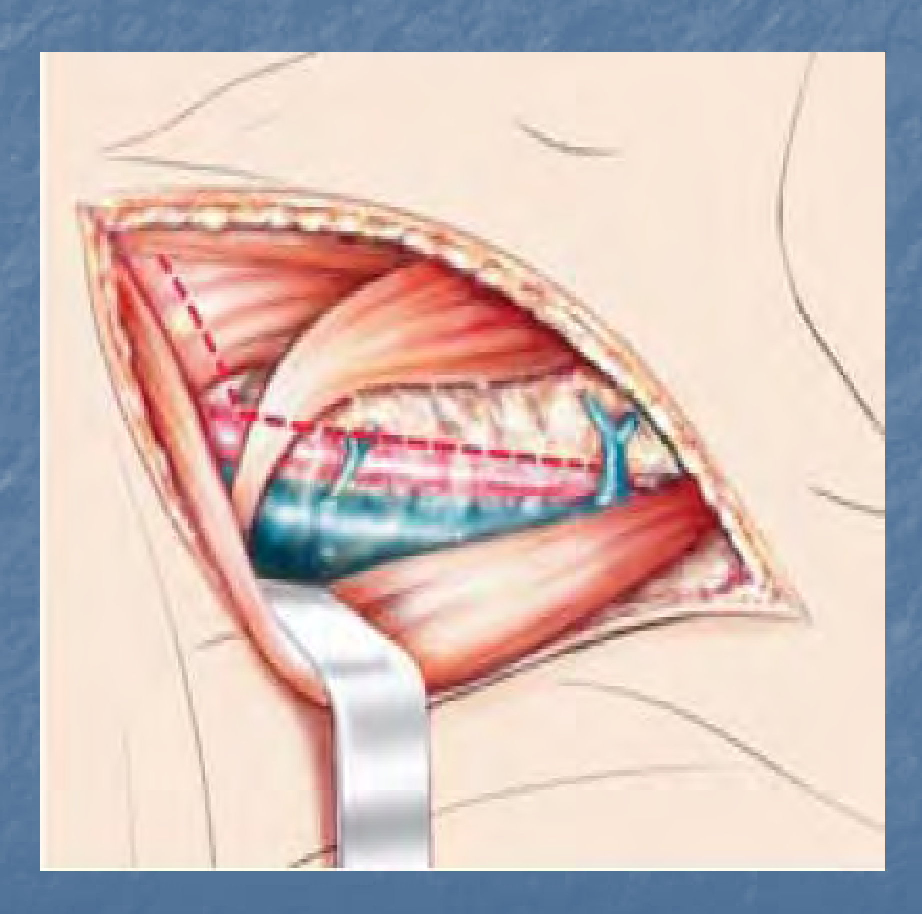


Œsophage cervical



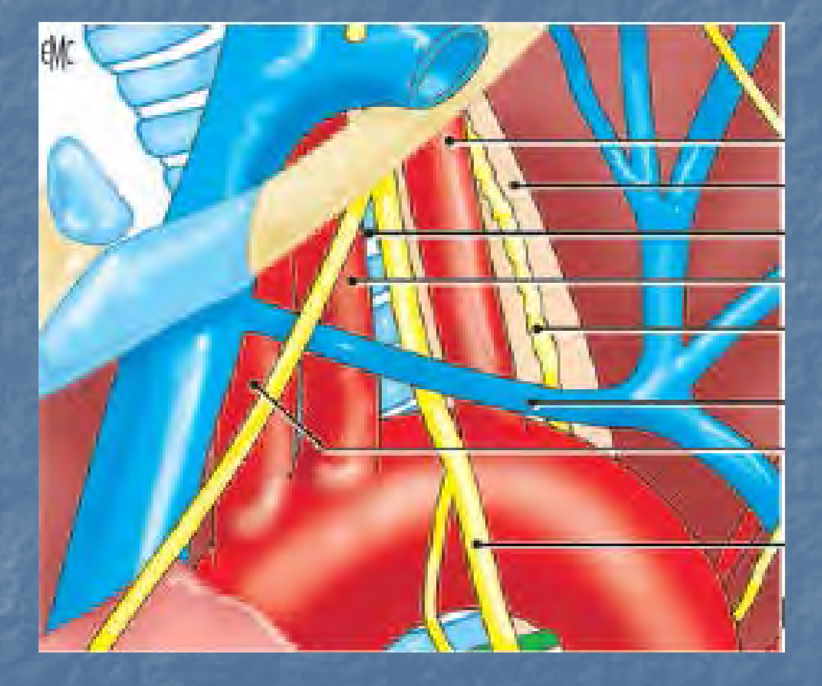


Œsophage cervical

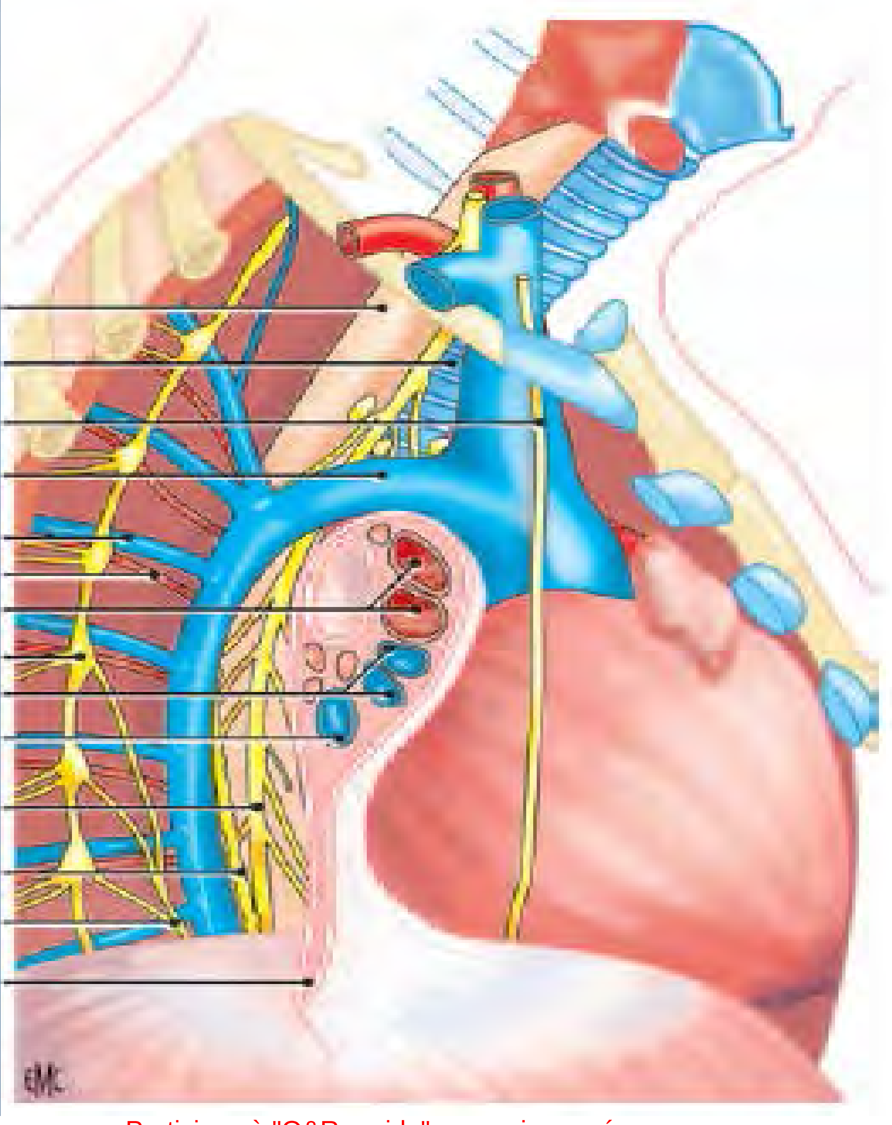




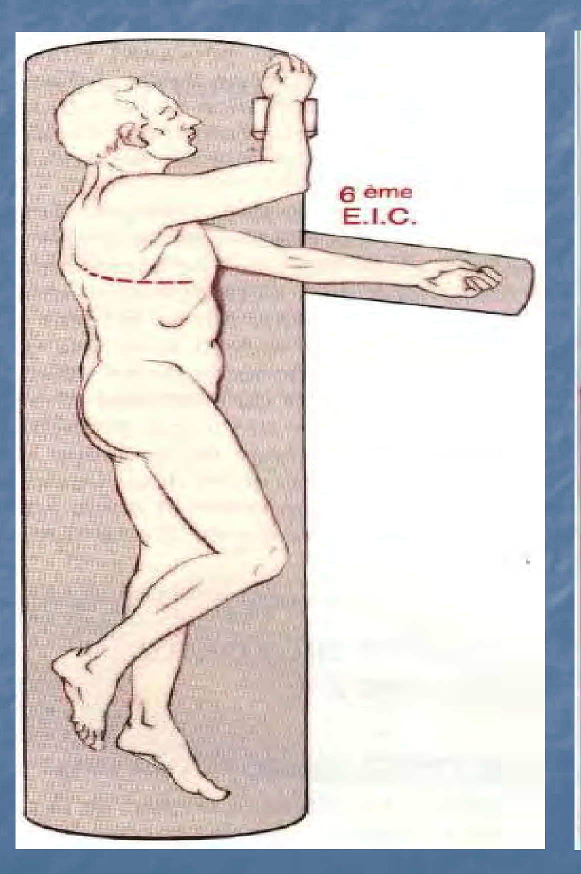
Œsophage thoracique

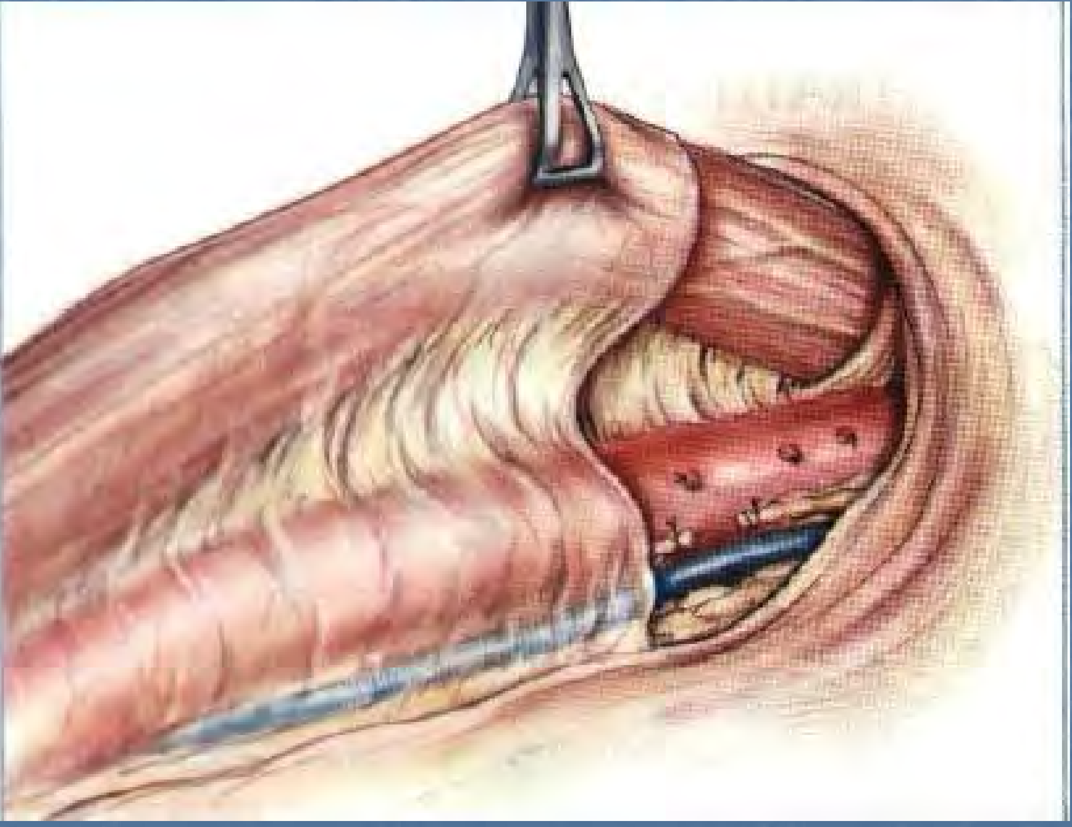


Œsophage thoracique



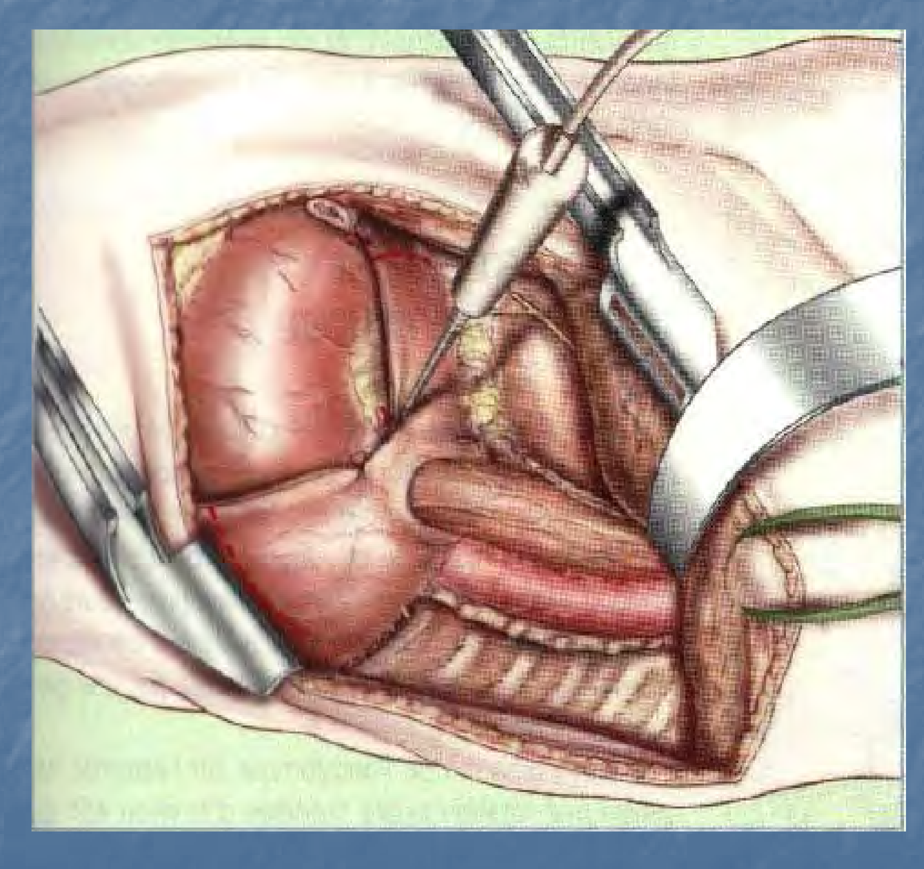
Œsophage thoracique



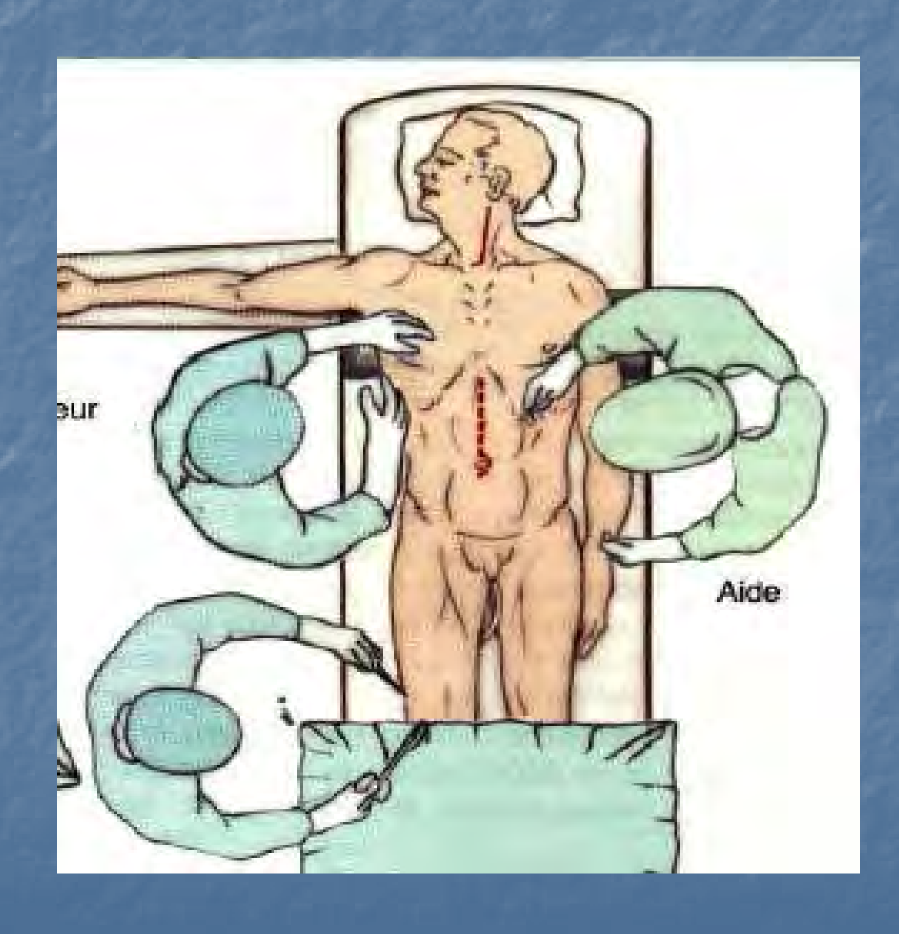


Œsophage thoracique



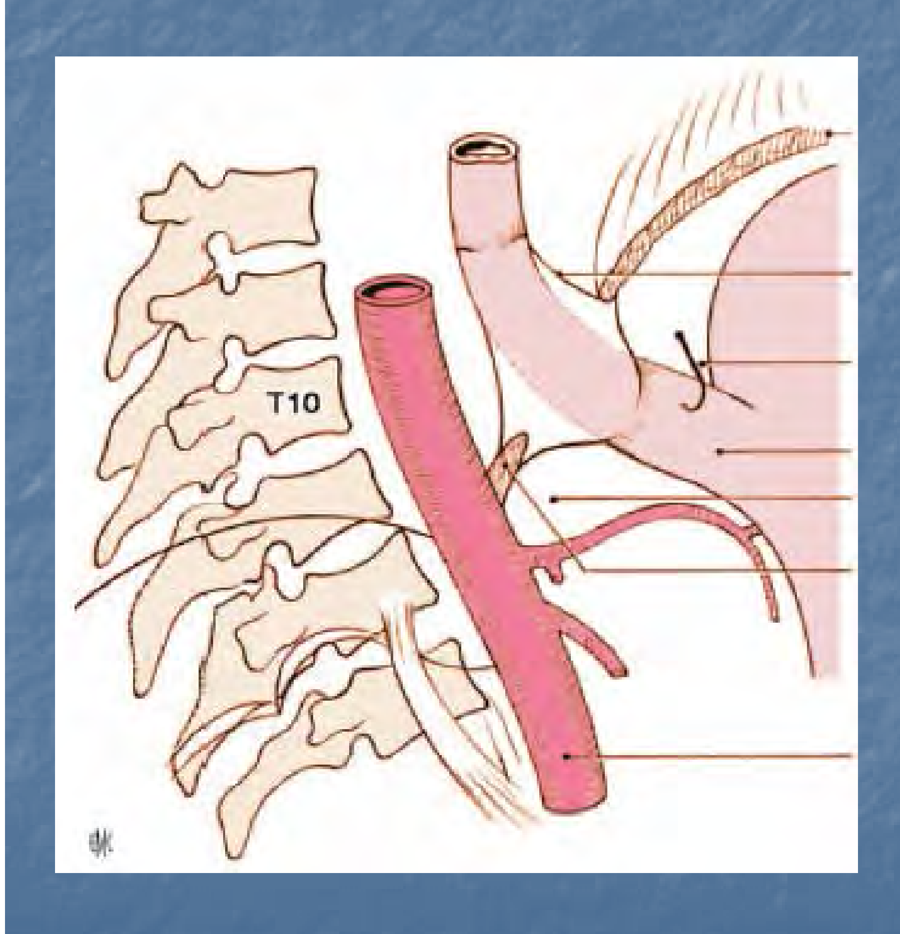


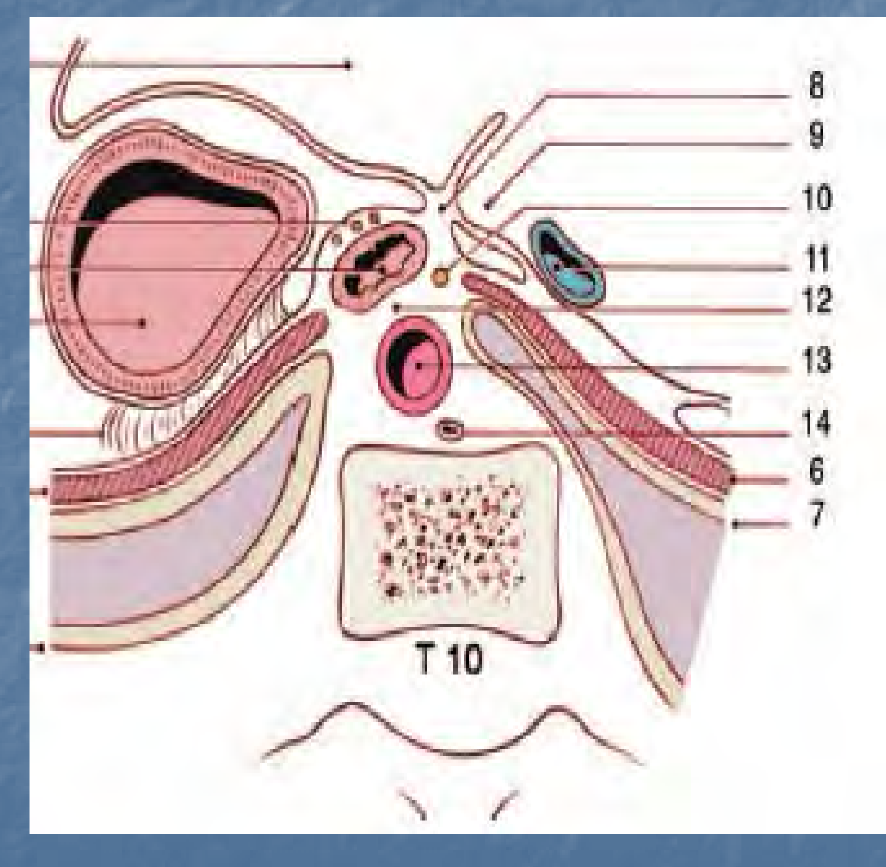
Œsophage thoracique



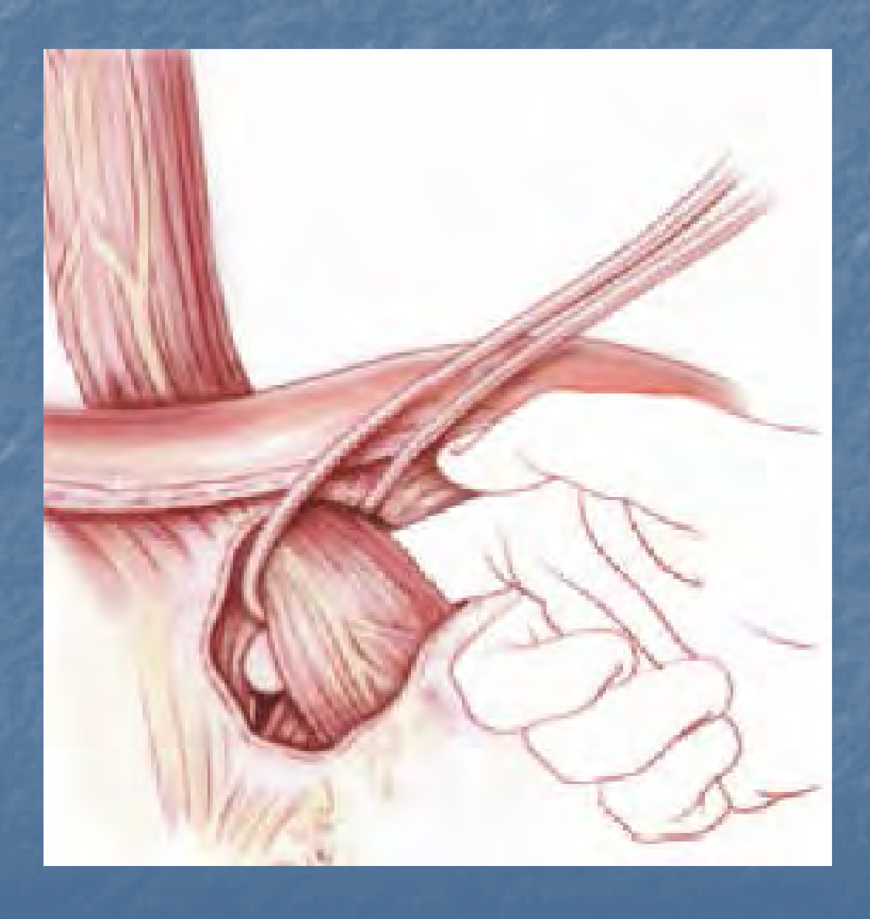


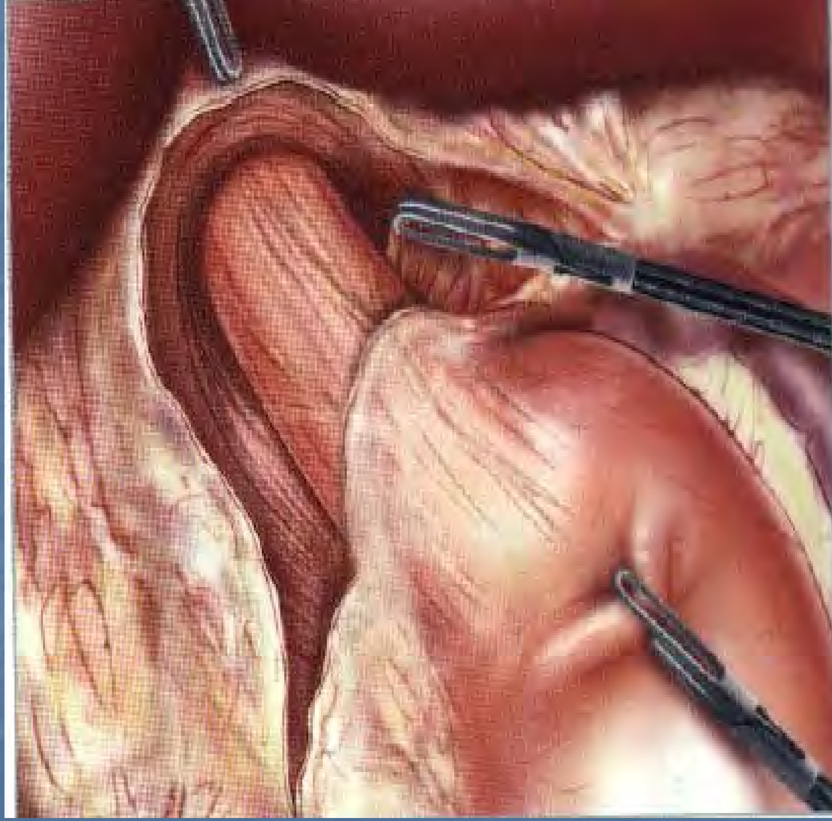
Œsophage abdominal



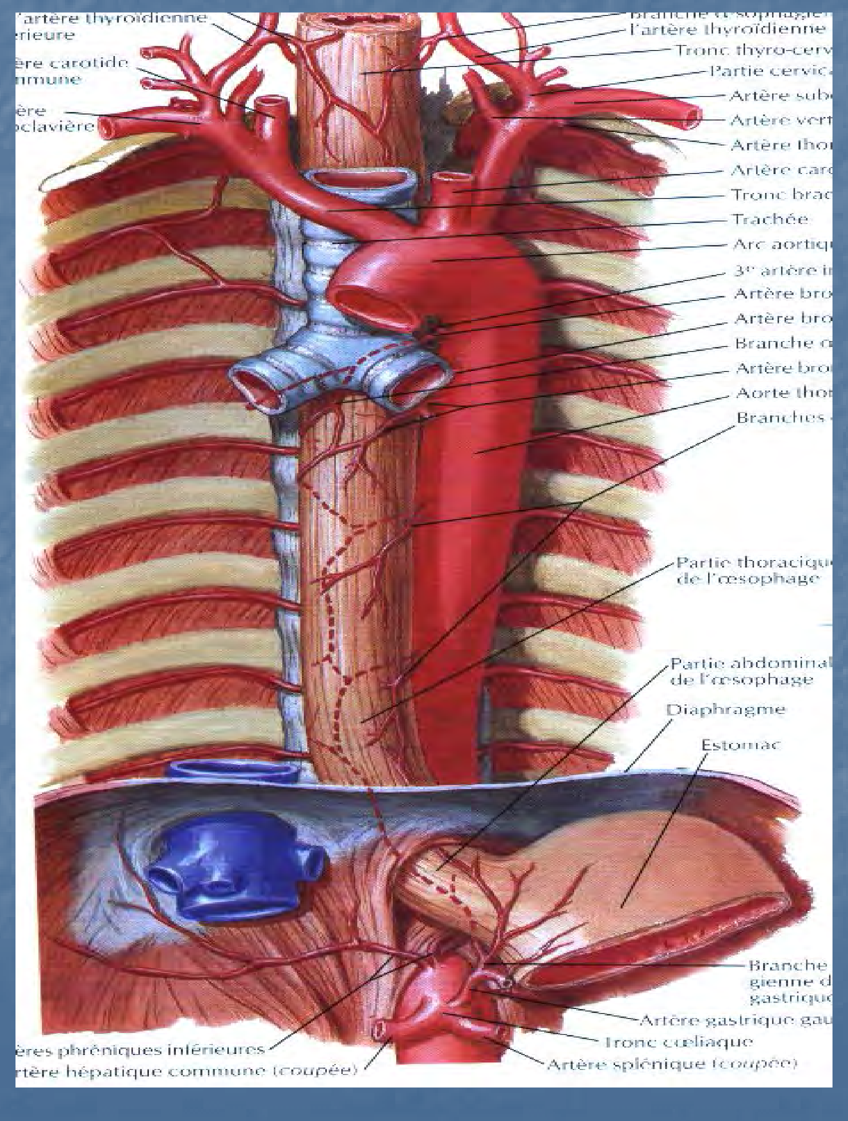


Œsophage abdominal

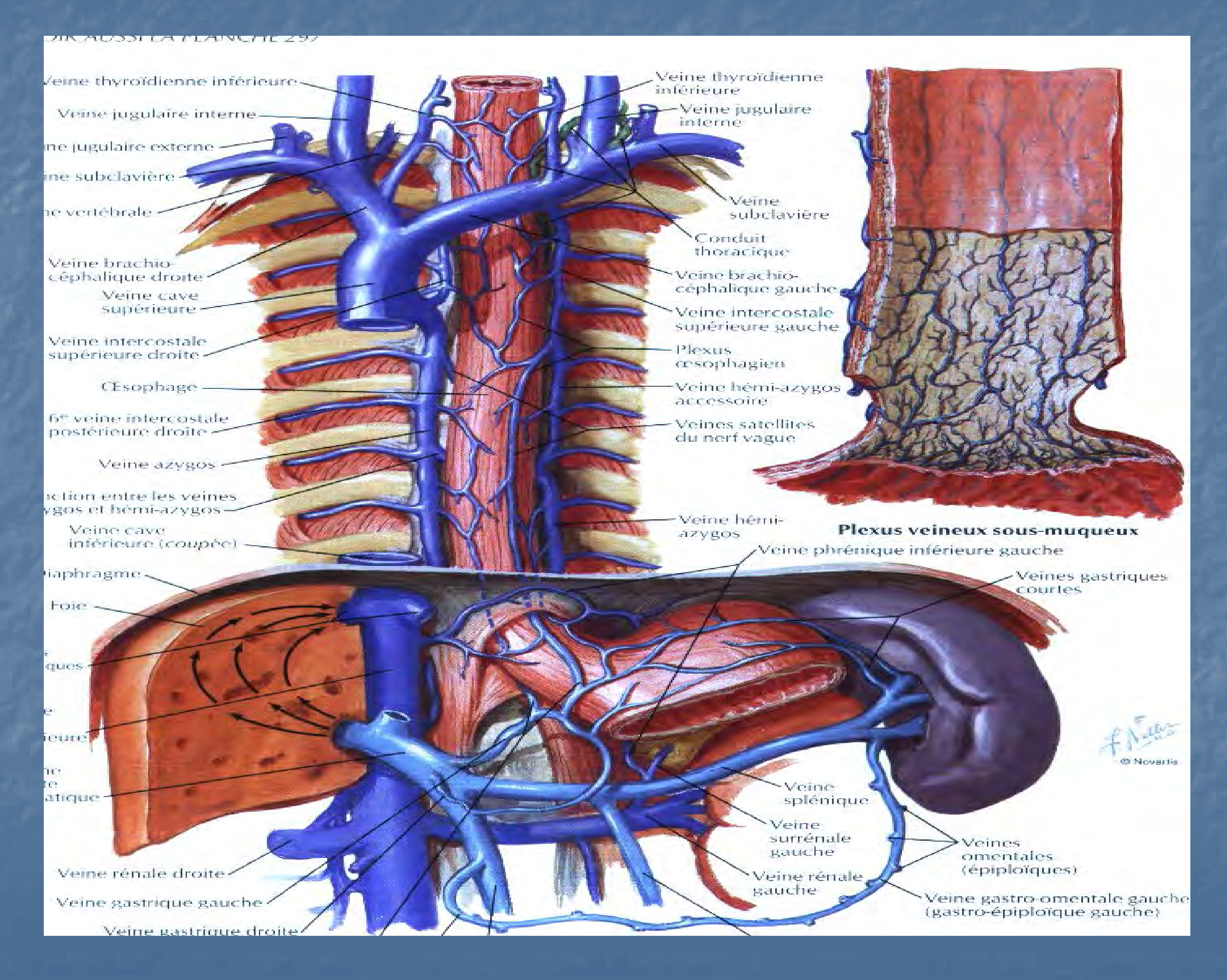




Vascularisation

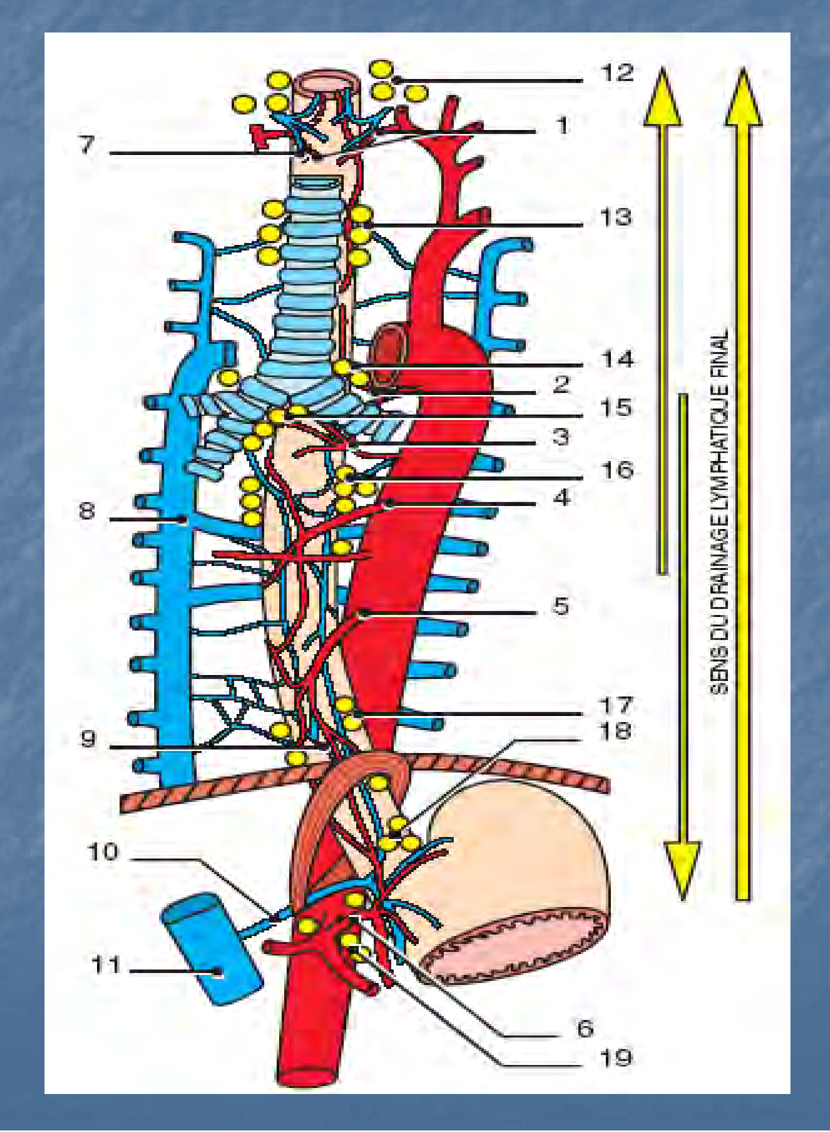


Vascularisation



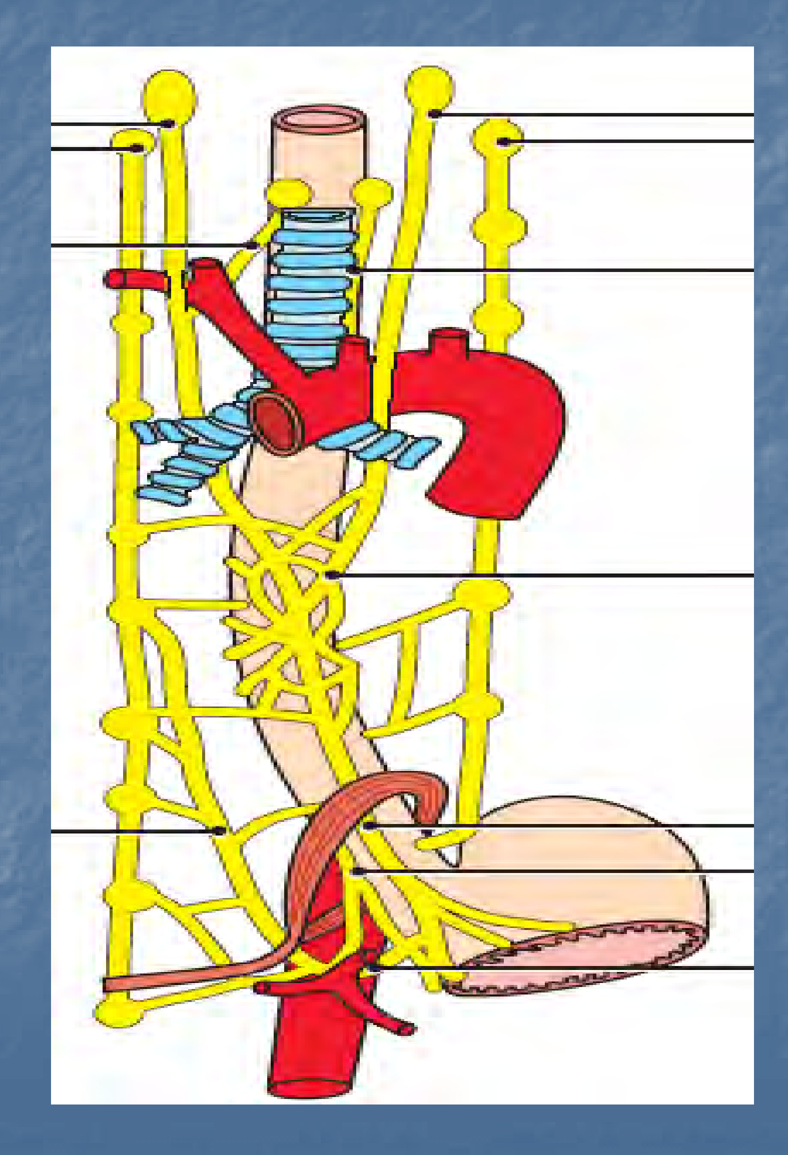
Drainage Lymphatique

Nœuds cervicaux inférieurs (jugulaires internes)
Conduit thoraciq
Nœuds paratrachéaux
Nœu méd post
s trachéo- niques supérieur rieur
Nœ inter
juxta- gien et ue supérieur
Nœuds cœliaques
© Novartis



Innervation

Vue antérieure
Ganglion supérieu
Ganglion cervical
Ganglion inférieur
Rameau pharyngi
Œsophage
Nerf vague (X)
erfs laryngés
ecurrents
Nerf laryngé supé
Tronc sympathiqu
Ganglion cervical
Nerf laryngé
récurrent droit
Nerfs cardiaques
Ganglion verté
Anse
subclavière
Ans
Ga
tho
nerf
ercostal
Nerf lar
Branch
thoraci
sympat
meaux
mmunicants
s et blanc
Plexus
Plexus
ganglion
oracique
mpathique
Plexus
(partie
onc
mpathique
oracique
Branch
œsoph
sympat
splanch
aortiqu
erf grand
lanchnique
oit
Nerf gr
Tronc
ores
mpathiques
ngeant l'artère
rénique
férieure gauche
Rameа
hépatio
Rameа
pour la
anche du
onc vagal
ostérieur pour
plexus
eliaque
Branch
et le co
erfs
ands
lanchniques
bres sympa-
iques le long
la branche
sophagienne
l'artère
astrique gauche
exus et
anglions
eliaques



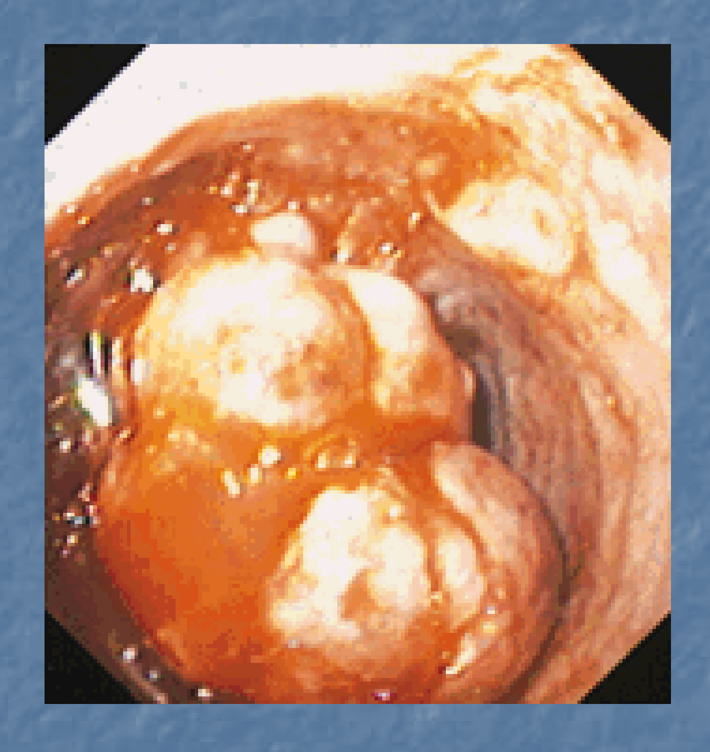
- Moyens d’exploration de l’oesophage

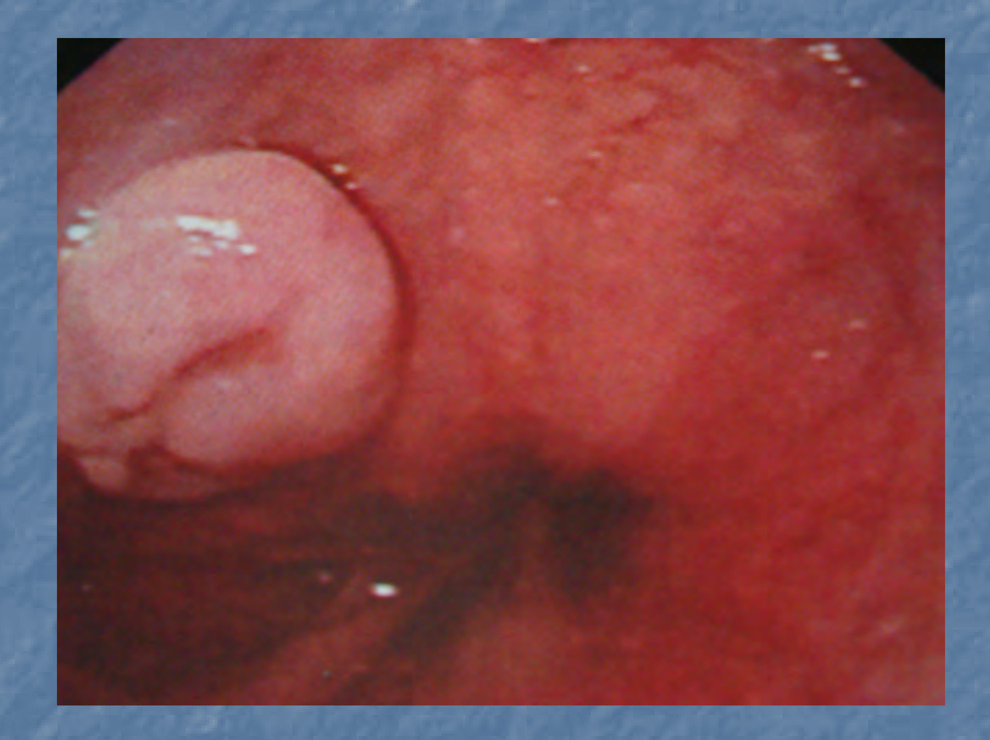
Oesophage

- Moyens d’étude radiologiques et endoscopiques

Fibroscopie:+++
Transit oesophagien
échoendoscopie
Tomodensitométrie (scanner)

Tumeurs malignes de l'oesophage (épidermoïde)

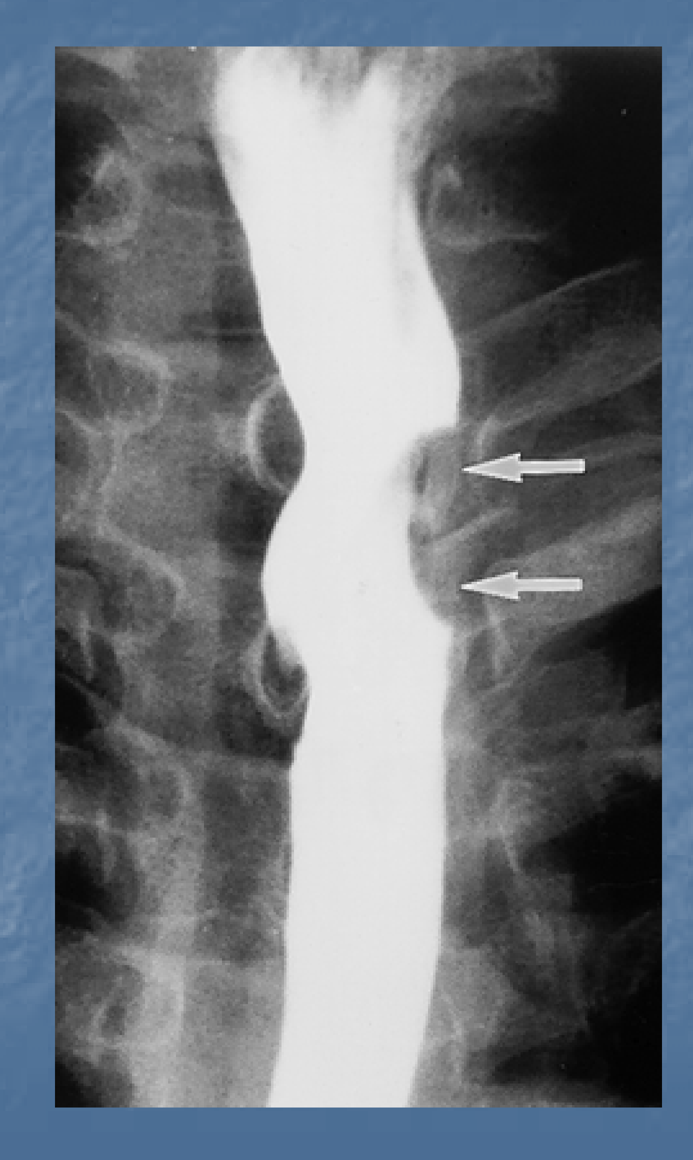




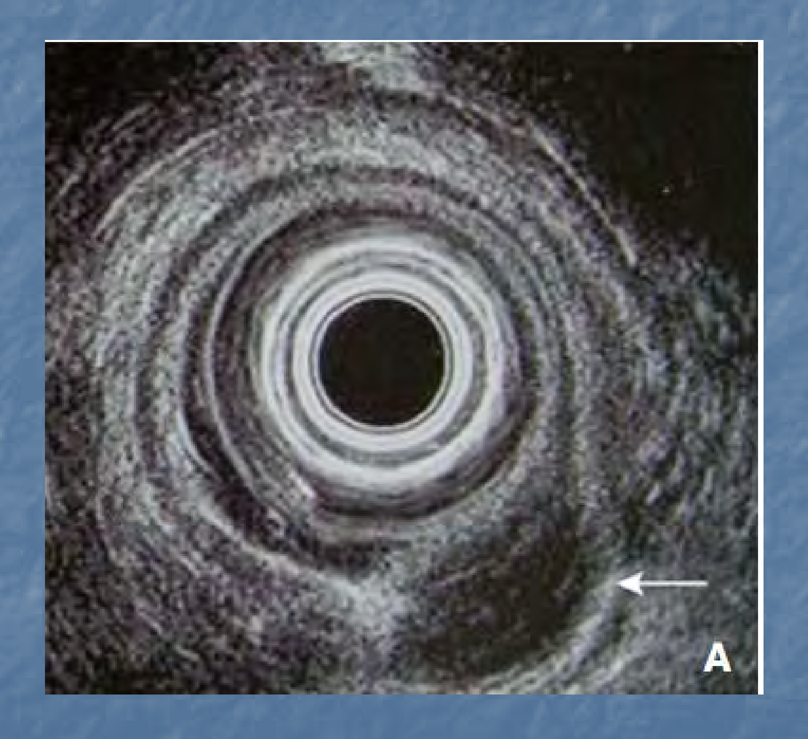
Le diagnostic repose sur l'endoscopie et les biopsies

Transit oesophagien

- Indications
  - Troubles de la déglutition
  - Diverticules oesophagiens (Zencker)
  - Oesophagites (caustique, postradique)
  - Méga-œsophage
  - Tumeurs
  - Perforations instrumentales ou spontanées
  - Contrôle postopératoire



échoendoscopie



Tomodensitométrie

- **Indication**
  - **Bilan d'extension local et à distance d'une tumeur de l'œsophage**



Cancer de l'oesophage

Tumeurs bénignes de l'œsophage

Introduction

- Les tumeurs bénignes représentent moins de 1 % des tumeurs œsophagiennes diagnostiquées
- moins de 10 % des tumeurs œsophagiennes opérées.
- plus de 80 % sont asymptomatiques, découvertes fortuitement lors d'une imagerie, d'une endoscopie effectuée à la recherche d'une pathologie gastroduodénale ou d'une autopsie

- les tumeurs sous-muqueuses à développement intra-pariétal dominées par le léiomyome, le polype fibrovasculaire , les kystes dysembryonnaires
- les tumeurs muqueuses à développement plutôt intraluminales représentées par le papillome, l’adénome ou le polype inflammatoire œsogastrique

Tableau 1.
Classification histopathologique des tumeurs bénignes de l'œsophage (d'après Campbell et al. [1]).

Tumeurs épithéliales	Tumeurs non épithéliales	Lésions pseudotumorales
Papillome et papillomatose	Léiomyome	Polype fibrovasculaire
Adénome simple	Tumeur à cellules granuleuses	Polype fibreux inflammatoire et pseudotumeur inflammatoire
Adénome pléiomorphe	Schwannome et neurofibrome	Kystes congénitaux et rétentionnels
	Rabdomyome	Pseudotumeur amyloïde
	Hémangiome et lymphangiome	Acanthosis glycogénique
	Tumeur glomique	Hétérotopie gastrique rétrocricoïdienne
	Lipome	Polype hyperplasique de la jonction œsogastrique
	Chondrome (hamartome)	

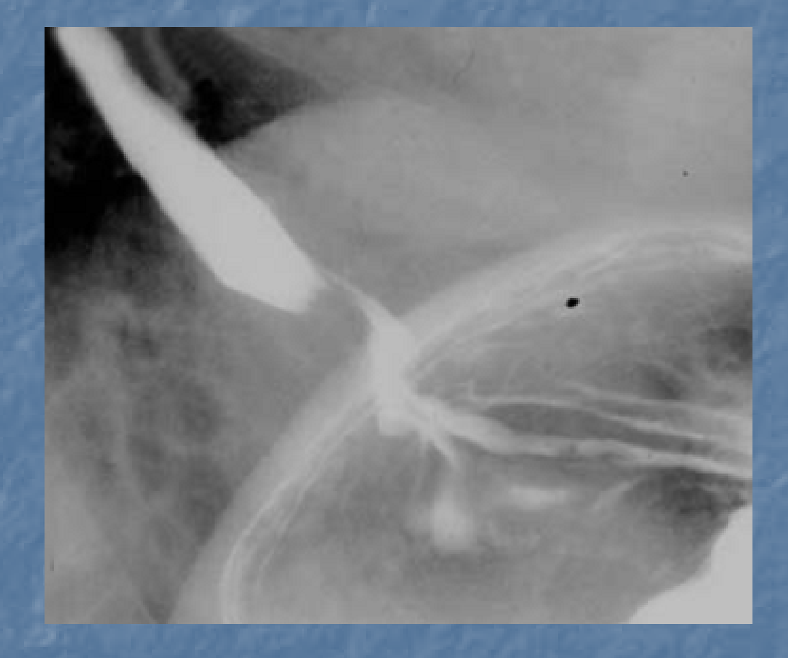
- l’endoscopie permet la détection des tumeurs intraluminales et la réalisation de biopsie
- L’écho endoscopie est le meilleur examen pour le diagnostic de bénignité de la lésion, affirmant la régularité des contours, son homogénéité, l’absence d’envahissement des tissus de voisinage ou d’adénopathie médiastinale

- le rôle essentiel de l'imagerie est de déceler la lésion et de la différencier du cancer œsophagien , on utilise le scanner, plus accessoirement la radiologie, notamment le transit œsophagien.
- L'imagerie par résonance magnétique (IRM) thoracique est d'emploi limité dans l'étude de l'œsophage.

- Les tumeurs sous-muqueuses

leiomyome





- Stratégie thérapeutique:

  - < 5cm unique et asymptomatique, surveillance

  - >5cm symptomatique, pédiculée et intra luminale :exérèse endoscopique

  . L’énucléation extramuqueuse de la tumeur par voie de thoracotomie


D

Polypes fibrovasculaires

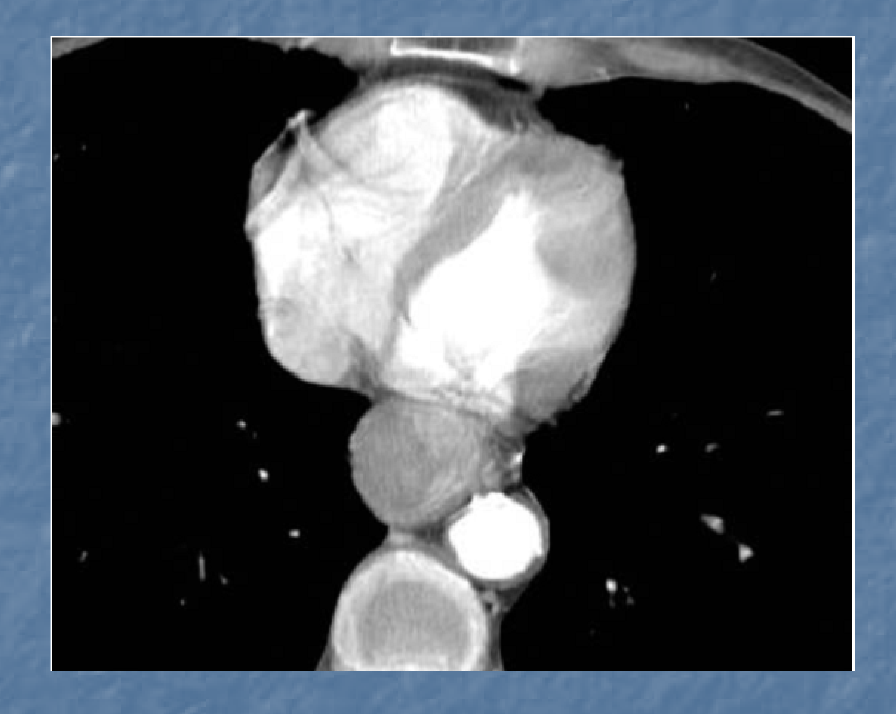
- groupe hétérogène de lésions représentant 25% des tumeurs bénignes de l’œsophage
- découverts surtout chez l’homme après 60 ans
- Ils se situent dans 85 % des cas à proximité de la bouche de l’œsophage au-dessous du muscle cricopharyngien

- Ils regroupent des lésions intraluminales histologiquement variées suivant le contingent conjonctif majoritaire, réalisant un fibrolipome, un angiolipome, un fibromyxome.

- Le polype est unique mais parfois multiple

- Le plus souvent, le polype fibrovasculaire est à l'origine d'une dysphagie intermittente évoluant depuis plus de 1 an en moyenne, parfois associée à des nausées, régurgitation, gêne rétro sternale, amaigrissement, faisant évoquer un diverticule de Zenker
- Le transit œsophagien peut montrer une image lacunaire au sein d'une dilatation





- Stratégie thérapeutique :

  - L'exérèse chirurgicale est conseillée, en raison du risque d'extériorisation avec asphyxie.

  - la voie endoscopique avec section d'un pédicule fin est le trt de référence

  - si le pédicule est important une pharyngo œsophagectomie partielle par cervicotomie gauche permet l'exerese.

Kystes dysembryonnaires de l'intestin antérieur primitif

- apparition d'un bourgeonnement anormale lors de la formation de l'appareil respiratoire
- Un bourgeon surnuméraire se développerait à proximité du diverticule respiratoire(4-11eme semaine)donnant un kyste à contenu seromuqueux sans communication avec la lumière digestive

- L’ensemble de ces lésions est en règle diagnostiqué durant l’enfance, rarement chez l’adulte jeune
- Les kystes acquis rétentionnels sont formés par une dilatation kystique inflammatoire des canaux excréteurs des glandes œsophagiennes sous-muqueuses, le plus souvent au tiers inferieur

- Stratégie thérapeutique:
  - la ponction kystique est insuffisante
  - l’exérèse chirurgicale doit être complète au risque de récidive
  - l’énucléation extramuqueuse par thoracotomie ou cervicotomie
  - actuellement on privilégie la thoracoscopie associée à l’échendoscopie

Tumeurs à cellules granuleuses ou tumeurs d'Abrikossoff

- La tumeur d'Abrikossoff est une lésion bénigne de la sous muqueuse du tiers inférieur de l'œsophage
- Elle est faite de cellules fusiformes ou polygonales, granuleuses en raison de la présence de granulation PAS (acide périodique de Schiff) dans leur cytoplasme.
- Elle exprime la protéine S100 et la neurone specific enolase faisant évoquer la cellule de Schwann comme précurseur.

- Dans 10 % des cas, elle peut être associée à un carcinome épidermoïde ou un lymphome
- Le caractère infiltratif de la tumeur à cellules granuleuses n'est pas synonyme de malignité.
- Le plus souvent asymptomatique, peut se voir une dysphagie et une gène retrosternale

- La biopsie est en général contributive.
- L'échoendoscopie montre une origine sous-muqueuse précise.
- L'IRM révèle une tumeur en règle limitée, hypodense en T1,légérement hyperdense en T2

- Stratégie thérapeutique:

  - en regard du caractère bénin et peu évolutif,

    les petites lésions peuvent être surveillées

  - L'énucléation conservatrice par voie de thoracotomie ou par vidéothoracoscopie est le traitement habituellement conseillé

Hémangiomes

- tumeurs congénitales développées à partir des vaisseaux de la sous-muqueuse du tiers inférieur.
- asymptomatiques, découverts par l’endoscopie ou l’autopsie, mais peuvent être à l’origine d’hémorragie

- ils réalisent des tumeurs sessiles plus rarement pédiculées, gris bleuté, dépressibles facilement à l'endoscope
- la TDM avec injection confirme le diagnostic
- la résection endoscopique est réservée aux tumeurs de petite taille ou pédiculées Les formes transpariétales peuvent nécessiter une œsophagectomie partielle

Lipomes

- tumeurs rares de l'œsophage
- ils réalisent une masse jaunâtre, sessile ou parfois pédiculée, souple facilement dépressible. Ils sont parfois à l'origine de dysphagie
- L'imagerie montre une masse de densité graisseuse typique

Tumeurs de la muqueuse œsophagienne

Adénomes œsophagiens:

- tumeurs bénignes d'origine glandulaire, Ils réalisent des masses polypoïdes intraluminales le plus souvent du tiers inférieur de l'œsophage ,à risque de dégénérescence

- la tomodensitométrie et surtout l'échoendoscopie sont des examens essentiels en cas de suspicion de cancérisation permettant de différencier les patients pouvant bénéficier d'un traitement endoscopique de ceux imposant un traitement chirurgicale



Papillomes:

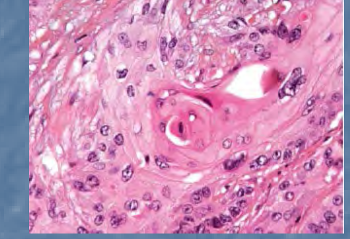
- Ils réalisent une prolifération papillaire bénigne avec un axe conjonctivovasculaire central recouvert d'un épithélium pavimenteux stratifié.
- Il siège le plus souvent dans l'œsophage inférieur

Méssage

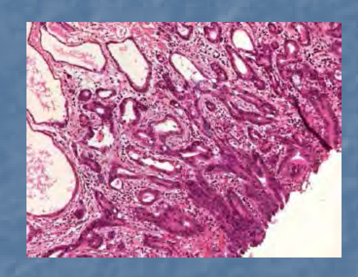
- Une tumeur bénigne de l'œsophage est le plus souvent asymptomatique, dont le diagnostic est fait à l'endoscopie confirmé par la biopsie
- La stratégie thérapeutique n'est pas évidente vu la variété histopathologique des ses lésions

- Cancer de l’œsophage

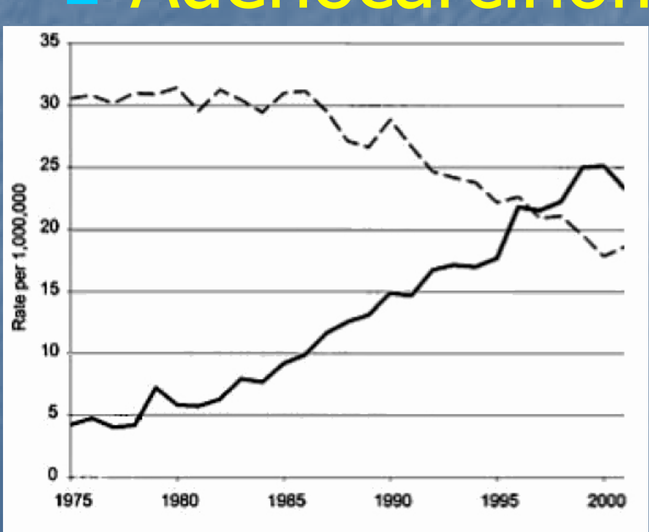
Cancer de l'oesophage

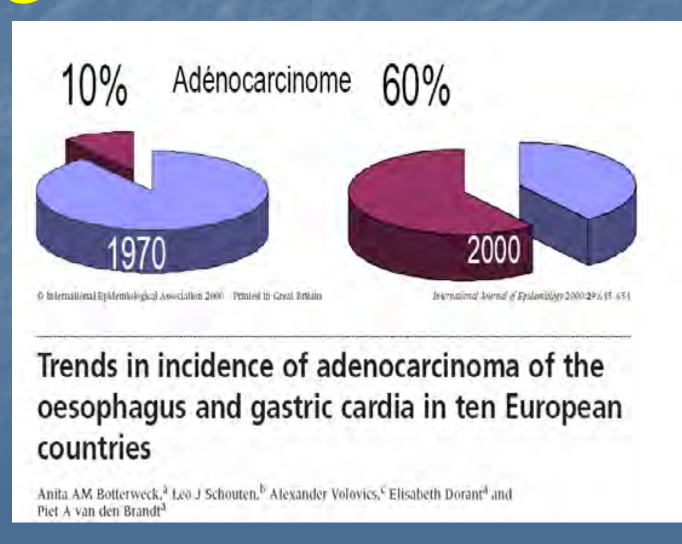


- Carcinome épidermoïde
  - 12 à 17 % cancer ORL associé



- Adénocarcinome





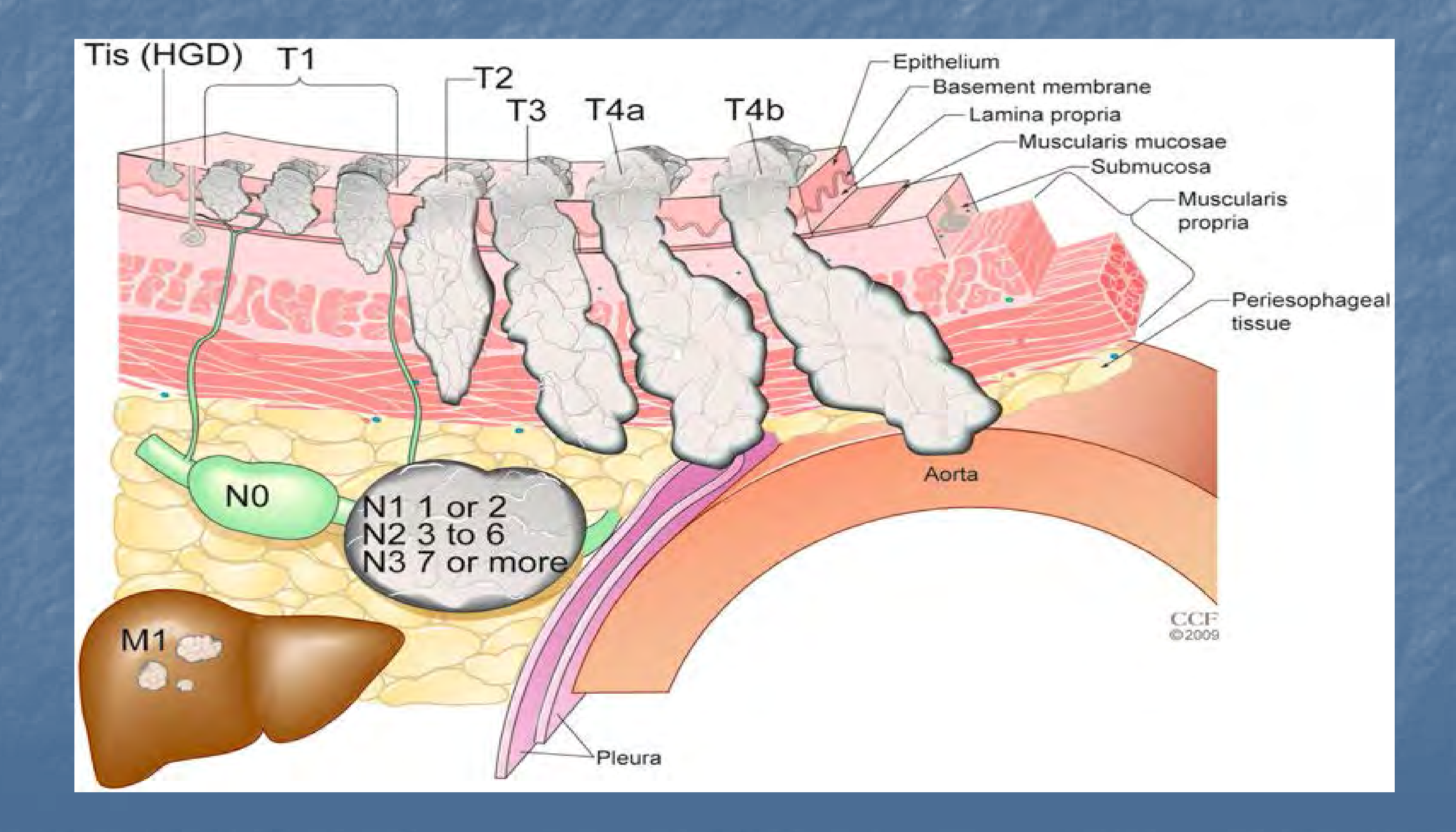
FACTEURS DE RISQUES EXOGENES

- **Tabac :**
  RR = 5 pour K épidermoïde
  RR = 2 pour ADK
- **Alcool :**
  Surtout K épidermoïde R × 20 à 50
- **Synergie tabac/alcool**
- **Consommation boissons et aliments chauds: Kc épidermoide**

FACTEURS DE RISQUES ENDOGENES

- Endobrachyoesophage : ADK+++
- Achalasie: après 20 ans d'évolution
- Obésité
- Lésions caustiques

ANAPATH



Tis (HGD)
T1
T2
T3
T4a
T4b
Epithelium
Basement membrane
Lamina propria
Muscularis mucosae
Submucosa
Muscularis propria
Periesophageal tissue
N0
N1 1 or 2
N2 3 to 6
N3 7 or more
M1
Aorta
Pleura
CCF
©2009

SIGNES CLINIQUES

- UN SIGNE MAJEUR : **LA DYSPHAGIE +++**

  Symptôme le plus fréquent

  le plus souvent révélateur

  le plus souvent isolé

  indépendant du degré de sténose

  Sensation d'accrochage du bol alimentaire intermittente puis permanente

  d'abord aux solides puis aux liquides

  au maximum aphagie

SIGNES CLINIQUES

- Douleurs thoraciques rétrosternales ou épigastriques liées ou non à la déglutition pouvant irradier au cou aux épaules aux mâchoires
- Dysphonie
- Toux ± hémoptysie
- Fausses routes, dyspnée, infection pulmonaire
- Hoquet
- Hématémèse ou anémie microcytaire

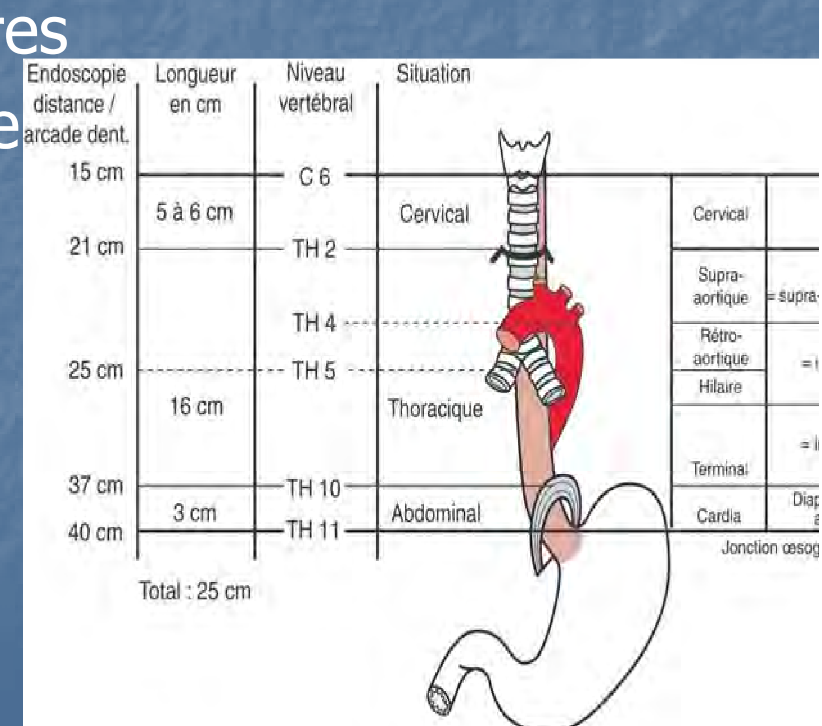
TOUJOURS RECHERCHER

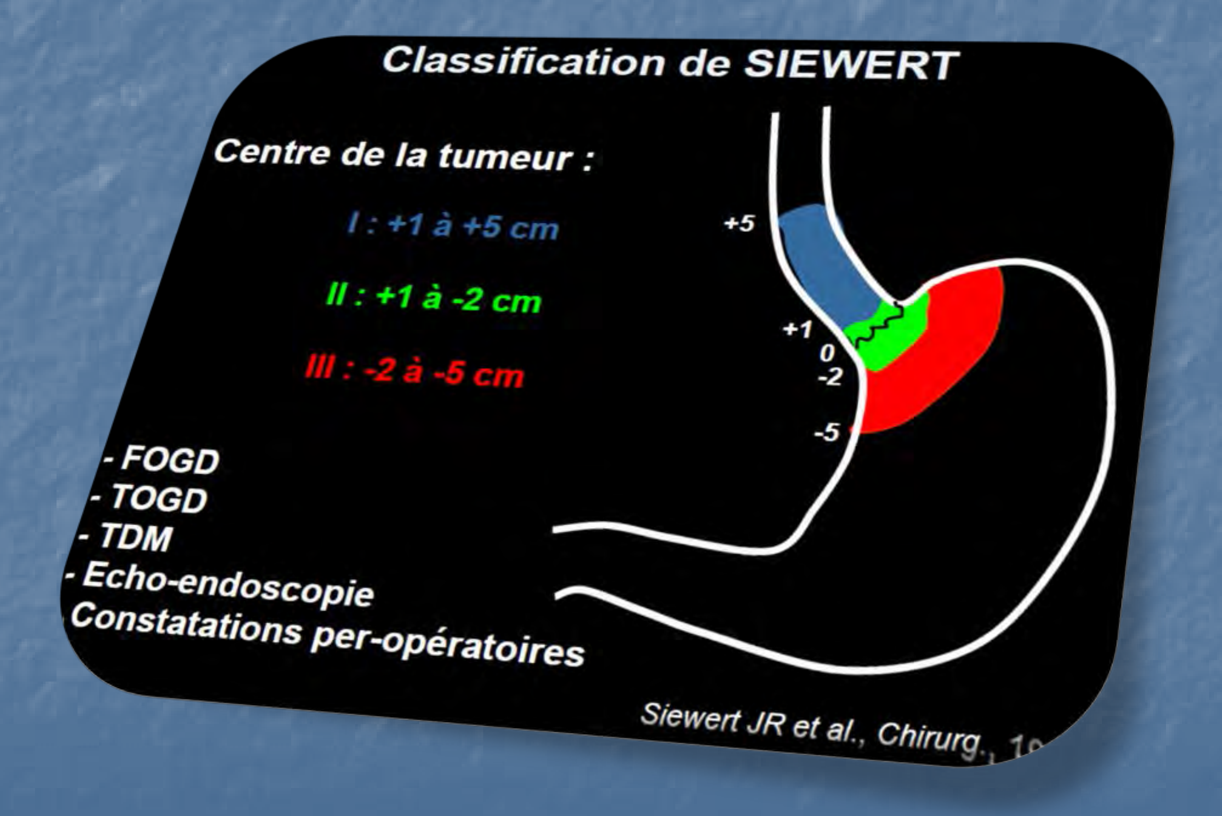
UN CANCER ORL OU BRONCHIQUE ASSOCIES

Diagnostic +



- FOGD avec biopsies
- Coloration vitale (lugol) et/ou col virtuelle
  
  - Distances / arcades dentaires
  - % de circonférence atteinte
  - Lésion franchissable
  - Longueur de la lésion
  - Lésions multifocales




Classification de SIEWERT
Centre de la tumeur :
I : +1 à +5 cm
II : +1 à -2 cm
III : -2 à -5 cm
+5
+1
0
-2
-5
- FOGD
- TOGD
- TDM
- Echo-endoscopie
Constatations per-opératoires
Siewert JR et al., Chirurg.,

Bilan d'extension

- Délai bilan et décision : <1 mois

- **Examens de première intention :**

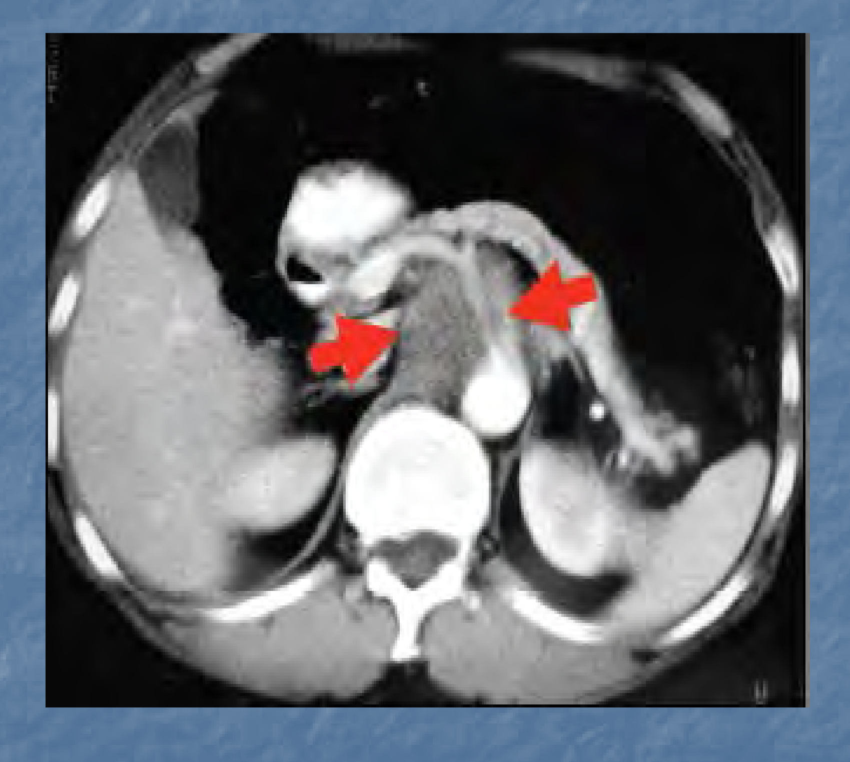
  - Examen Clinique complet

  - Scanner thoraco-abdominal

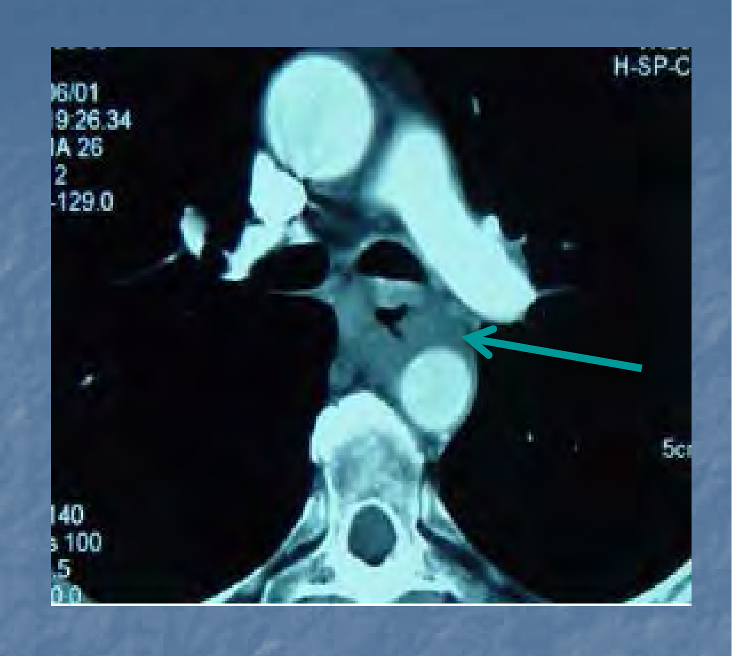
►Métastases viscérales



TDM

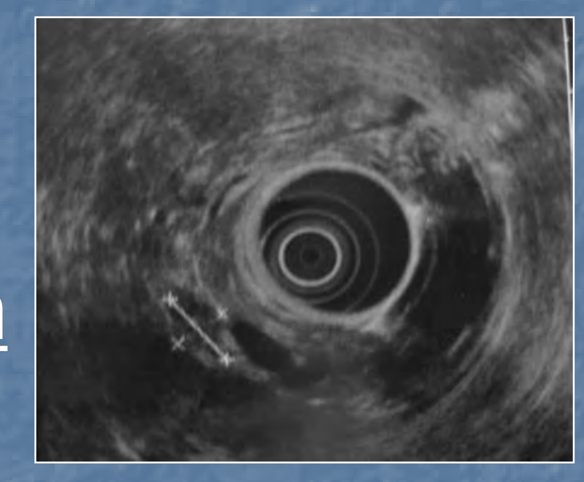


TDM



- Volume tumoral > 4 cm
- L'infiltration de l'arbre trachéo-bronchique
- Contact aortique contact > 90 °

Bilan d’extension



- Examen de deuxième intention
  - Echoendoscopie
    - Sauf métastases ou localement évoluée (T4)

Echo endo

- Classification des cancers superficiels (in situ ou T1)

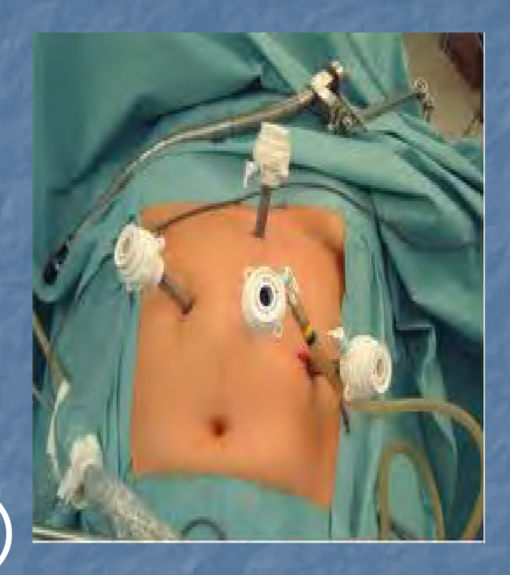
a) cancers T1 muqueux (m1 = in situ ou dysplasie sévère ; m2 = avec envahissement de la muqueuse ; m3 = envahissant la musculaire muqueuse).

b) les cancers T1 sous-muqueux (sm1 : partie superficielle de la sous-muqueuse , sm2 : partie moyenne, sm3 : partie profonde de la sous muqueuse).

Bilan d'extension

- **TEP scan à pratiquer si :**
  - Radiothérapie programmée, pour un ciblage précis des sites atteints
  - Chirurgie programmée pour une tumeur avancée afin de ne pas méconnaitre une contre-indication opératoire
  - Doute sur une lésion secondaire au scanner TAP

Bilan d’extension



- Laparoscopie exploratrice
  - Staging ganglionnaire abdominale
  - Métastases à distance++ (17-20%)
    - **++ Adénocarcinomes JOG et 1/3 inférieur**

Cancers épidémiologiquement associés

- Cancer ORL : examen ORL,nasofibroscopie
- Cancer bronchique : fibroscopie

- Recherche
  - Indispensable : carcinome épidermoïde
  - Conseillée : adénocarcinome +



Bilan de l'état général

- État général (OMS, score ASA).
- Examen respiratoire (EFR, gazométrie), cardio-vasculaire, fonction rénale, état hépatique, hypertension portale, neuropathie.
- Consultation d'aide au sevrage tabagique et alcoolique en préopératoire.

LES MOYENS THERAPEUTIQUES

- **Prise en charge nutritionnelle :**

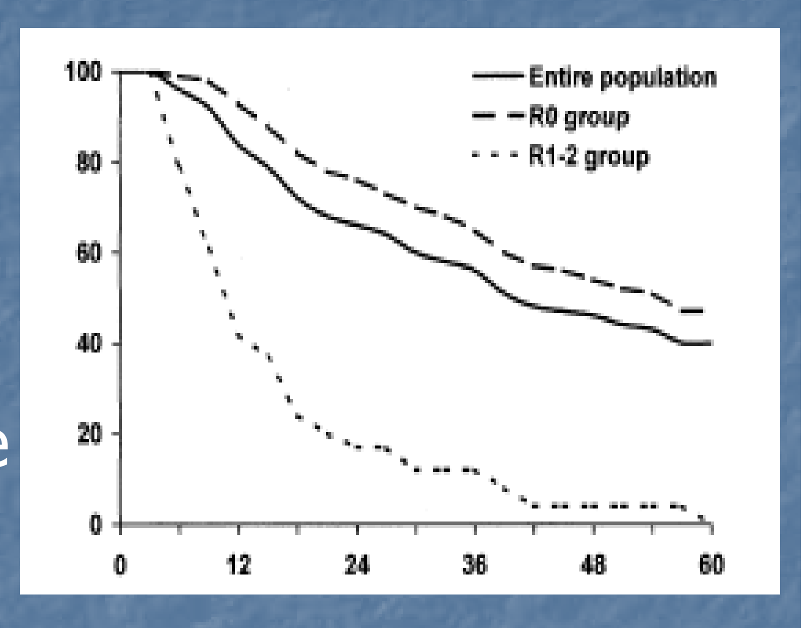
  dès le diagnostic,une alimentation complémentaire doit être envisagée, en fonction du bilan nutritionnel clinique et biologique.

- Outre une prothèse œsophagienne, une gastrostomie endoscopique ou radiologique ou une jéjunostomie cœlioscopique seront à discuter

Chirurgie R0

- Traitement de référence
- Résection R0

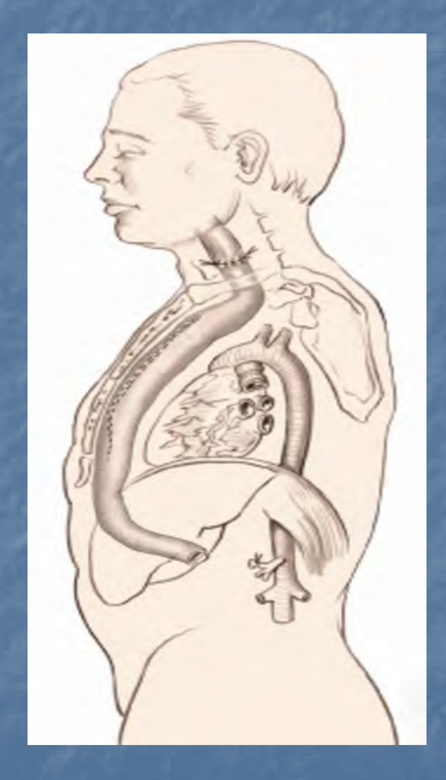
- Principal facteur pronostic indépendant en multivariée



- Chirurgie palliative
  - Morbi-mortalité > chir R0
  - Pas bénéfice par rapport ttt médicaux exclusifs

Voie d’abord

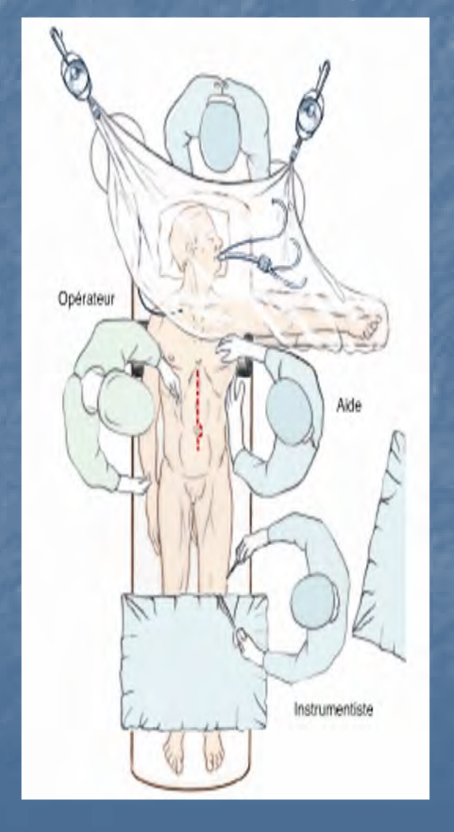
Pour les tumeurs de l’œsophage sus-carinaire un abord 3 voies est recommandé

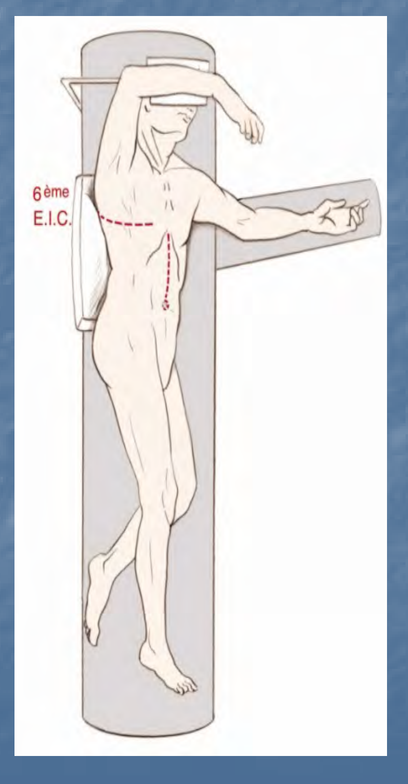


Akiyama

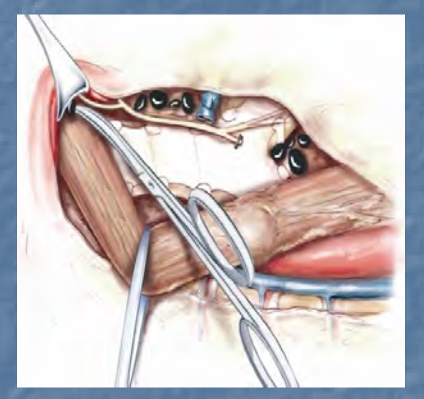
Voie d'abord

Pour les tumeurs de l'œsophage thoracique sous-carinaires, l'œsophagectomie transthoracique en bloc avec un curage 2 champs étendu est recommandée





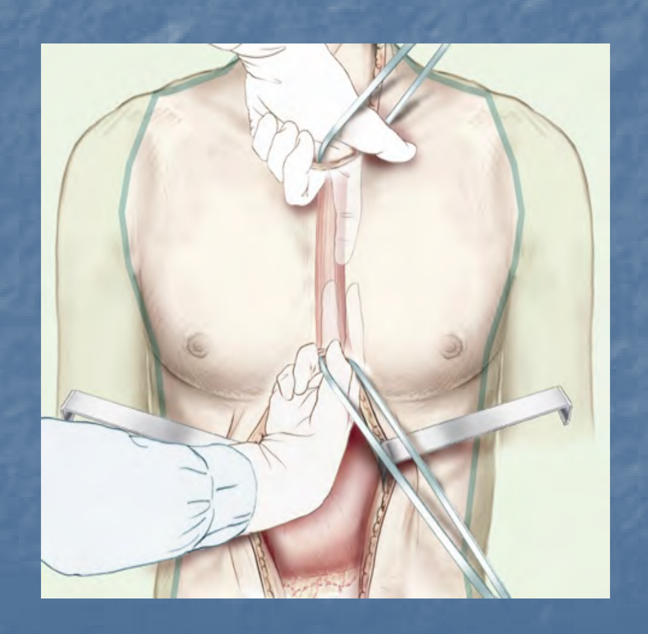


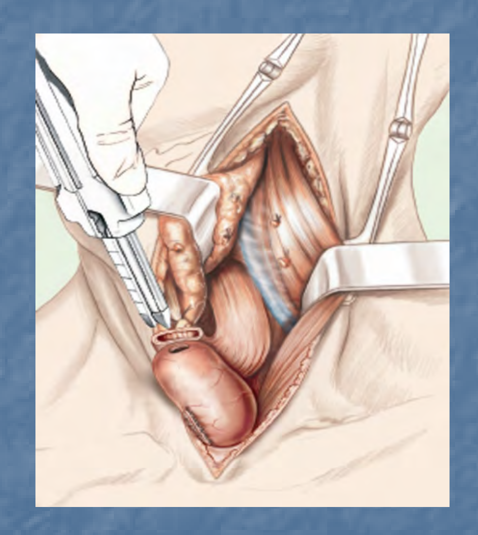


Lewis Santy

Voie d'abord

L'œsophagectomie transhiatale avec curage 2 champs, abdominal et médiastinal inférieur constitue une alternative en cas de contre-indication à la thoracotomie ou de risque opératoire élevé





Orringer

Radiochimiothérapie (RCT)

- RCT exclusive :Sauf contre-indication, les cancers non opérables ou non résécables, non métastatiques doivent recevoir une radio-chimiothérapie concomitante
- RCT néo-adjuvante :avant chirurgie

Chimiothérapie

- Chimiothérapie néo-adjuvante
- Chimiothérapie péri-opératoire
- Chimiothérapie postopératoire
- Chimiothérapie palliative des cancers métastatiques

Les traitements endoscopiques

- visée curative : résection muqueuse par voie endoscopique.
- A visée palliative: dilatations;endoprothèses ,destruction tumorale

Indications

Cancer de l’œsophage cervical = radio chimiothérapie exclusive

Cancer de de l’œsophage thoracique ou abdominal = l’oesophagectomie avec ou sans radiochimiothérapie

Indications

- Cancers superficiels (in situ ou T1) :Trt endoscopique(mucosectomie) si :
- Kc épidermoide :moins de 10mm;
  m1,m2(risque N+ est nul)
- Ou ADK: m1,m2,m3

Indications

- Cancers invasifs opérables

Stades I et II (uT1 N0, uT2 N0, uT1 N1, uT2 N1, uT3N0) :

oesophagectomie; chimiothérapie péri-op pour ADK du bas œsophage et JOG

Indications

- Stades III : T3 N1, T4 N0-N1

KC épidermoïdes de stade III :RCT exclusive

ADK:chirurgie après TRT néo-adjuvant

Indications

- **Cancers métastatiques :**
- Si dysphagie importante :
  - TRT endoscopique de la dysphagie
  - puis si possible chimiothérapie avec en cas d'amélioration durable discussion d'une irradiation.
- Si dysphagie absente ou peu importante:
  - chimiothérapie, éventuellement associée RT

Conclusion

- Le pronostic de ce cancer est sombre.
- la survie <10% .
- La chirurgie est le TRT de référence .
- RCT et la chimiothérapie ont une place croissante dans le TRT .
- Prévention :+++contre tabac et alcool